



UNIVERSIDAD DE CONCEPCION
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

PROGRAMA DOCTORADO EN ENFERMERIA

*EFECTO DE INTERVENCIÓN INNOVADORA: CONSEJERÍA
DE ENFERMERÍA EN SALUD CARDIOVASCULAR EN
ATENCIÓN PRIMARIA*

POR VIVIAN VÍLCHEZ BARBOZA

*TESIS PRESENTADA A LA DIRECCIÓN DE POSTGRADO
PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN ENFERMERÍA*

*Profesora Tutora: Dra. Tatiana Paravic Klijn
Profesora Co-Tutora: Dra. Alide Salazar Molina.*

Agosto 2014

CONCEPCIÓN, CHILE

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 PRESENTACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN.....	1
1.2 MARCO REFERENCIAL.....	14
1.2.1 <i>MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL</i>	14
1.2.1.1 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD	14
1.2.1.2 FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR	17
1.2.1.3 AUTOEFICACIA	32
1.2.1.4 APOYO SOCIAL.....	37
1.2.1.5 TEORÍA HUMANBECOMING ROSEMARIE RIZZO PARSE	43
1.2.2 <i>MARCO EMPÍRICO</i>	55
1.2.2.1 INTERVENCIONES PARA EL CONTROL DE FRC Y MEJORAMIENTO DE LA CVRS, FORTALECIENDO AUTOEFICACIA Y APOYO SOCIAL.....	55
1.2.2.2 VIVIR CON EXPECTATIVAS DE CAMBIO	70
1.3 HIPÓTESIS.....	72
1.4 OBJETIVOS.....	75
1.5 VARIABLES DE ESTUDIO DEL MÉTODO PRIMARIO.....	78
1.6 FENÓMENO DE ESTUDIO DEL MÉTODO SECUNDARIO.....	79
2. SUJETOS Y MÉTODOS	80
2.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	80
2.2 MÉTODO PRIMARIO: CUANTITATIVO.....	81
2.2.1 <i>UNIDAD DE ANÁLISIS</i>	82
2.2.2 <i>UNIVERSO</i>	82
2.2.3 <i>POBLACIÓN DEL ESTUDIO</i>	83
2.2.4 <i>FLUJOGRAMA DE LA CONSTITUCIÓN DE LA POBLACIÓN PARTICIPANTE</i>	86
2.2.5 <i>HOMOLOGACIÓN DE LA POBLACIÓN PARTICIPANTE</i>	87
2.2.6 <i>RECOLECCIÓN DE LOS DATOS</i>	87

2.2.6.1 DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS RECOLECTORES DE DATOS	87
2.2.6.2 MEDICIÓN DE INDICADORES	88
2.2.7 CONTROL DE CALIDAD DE LOS DATOS.....	90
2.2.7.1 PRUEBA PILOTO	90
2.2.7.2 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD	90
2.2.7.3 MODALIDAD DE RECOLECCIÓN DE DATOS	92
2.2.8 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS	94
2.2.8.1 PLAN DE ANÁLISIS	95
2.3 MÉTODO SECUNDARIO: CUALITATIVO	98
2.3.1 SELECCIÓN DE PARTICIPANTES	98
2.3.2 PROCESO DE INVESTIGACIÓN	99
2.3.3 RIGOR Y CREDIBILIDAD.....	100
2.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS PARA MÉTODO PRIMARIO Y SECUNDARIO	102
3. INTERVENCIÓN INNOVADORA: CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA PERSONALIZADA, PRESENCIAL Y TELEFÓNICA EN SALUD CARDIOVASCULAR	107
3.1 CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA	107
3.2 ELEMENTOS OPERATIVOS.....	109
3.2.1 CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA PERSONALIZADA, PRESENCIAL Y TELEFÓNICA EN SALUD CARDIOVASCULAR	109
3.2.2 SESIONES DE LA CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA PERSONALIZADA, PRESENCIAL Y TELEFÓNICA EN SALUD CARDIOVASCULAR.....	115
4. RESULTADOS CUANTITATIVOS	165
4.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO.....	166
4.1.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y DE SALUD DE LAS PERSONAS PARTICIPANTES:	166
4.1.2 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES DEPENDIENTES.....	181

4.2 EXPERIMENTO.....	190
4.2.1 HOMOLOGACIÓN DE CARACTERÍSTICAS GRUPO CONTROL Y EXPERIMENTAL EN MEDICIÓN PRE-TEST.....	190
4.2.2 COMPARACIÓN AL INTERIOR DE CADA GRUPO.....	192
4.2.3 EFECTO DE LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	202
4.2.4 RESULTADOS A TRAVÉS DE LAS FIGURAS UTILIZADAS EN EL SOFTWARE DE LA INTERVENCIÓN INNOVADORA: CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA PERSONALIZADA, PRESENCIAL Y TELEFÓNICA EN SALUD CARDIOVASCULAR.....	209
5. RESULTADOS CUALITATIVOS	211
5.1 EXTRACCIÓN-SÍNTESIS HISTORIAS TRANSCRITAS DE PARTICIPANTES	213
5.1.1 PRINCIPALES CONCEPTOS.....	242
5.2 INTERPRETACIÓN HEURÍSTICA.....	246
5.2.1 EXPRESIÓN ARTÍSTICA	249
6. DISCUSIÓN	251
6.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO.....	251
6.1.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO.....	251
6.1.2 PERFIL DE SALUD.....	255
6.1.3 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD.....	264
6.1.4 AUTOEFICACIA GENERAL	268
6.1.5 PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL.....	268
6.1.6 INDICADORES DE SALUD FÍSICA.....	269
6.2 EXPERIMENTO.....	273
6.2.1 COMPARACIÓN AL INTERIOR DE CADA GRUPO.....	274
6.2.2 ESTRUCTURA DE LA EXPERIENCIA DE VIVIR CON EXPECTATIVAS DE CAMBIO.....	280
6.2.3 EFECTO DE LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	292
7. CONCLUSIONES	303
8. LIMITACIONES	306

9. SUGERENCIAS.....	308
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	311
ANEXOS.....	338
ANEXO A: DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL DE VARIABLE INDEPENDIENTE DEL ESTUDIO.....	338
ANEXO B: DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES DEPENDIENTES DEL ESTUDIO.....	338
ANEXO C: DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES INTERVINIENTES EN EL ESTUDIO.....	342
ANEXO D. CUESTIONARIO VARIABLES BIOSOCIODEMOGRÁFICAS Y DE SALUD.....	349
ANEXO E. CUESTIONARIO SF-36 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD.....	353
ANEXO F. ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERAL.....	356
ANEXO G. ESCALA DE PERCEPCIÓN APOYO SOCIAL.....	357
ANEXO H. INTERPRETACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS RECOLECTORES DE DATOS.....	358
ANEXO I: PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LOS INDICADORES DE SALUD FÍSICA.....	361
ANEXO J: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	367
<i>Consentimiento Informado para Grupo Experimental.....</i>	<i>367</i>
<i>Consentimiento Informado para Grupo Control.....</i>	<i>369</i>
ANEXO K: APROBACIÓN COMITÉS DE ÉTICA.....	371
ANEXO L: FINANCIAMIENTOS OBTENIDOS.....	373
ANEXO M: INVITACIÓN ACTIVIDAD DEVOLUCIÓN DE RESULTADOS.....	377

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo de autoeficacia.....	33
Figura 2. Modelo simplificado de cómo el apoyo social puede influir los resultados de la salud física.....	41
Figura 3: Temas Desarrollados en las Sesiones de Consejería	109
Figura 4. Procesos para la administración del cambio	111
Figura 5. Ejemplo trabajado por una de las personas participantes	111
Figura 6. Poder de la Mente	112
Figura 7. Analogía del mar	113
Figura 8. Personajes	113
Figura 9. Material de Trabajo.....	114
Figura 10. Refrigerio Saludable	116
Figura 11: Pantallas software concepto de salud	117
Figura 12. Pantallas software CVRS	118
Figura 13. Pantallas software Apoyo Social y Autoeficacia	119
Figura 14. Pantallas software Proceso de Administración del Cambio.....	119
Figura 15. Ejemplos expectativas de cambio	120
Figura 16. Ejemplo de evaluación inmediata de la sesión	121
Figura 17. Ejemplo de evaluación mediata de la sesión.....	122
Figura 18. Pantallas software enfermedades crónicas no transmisibles ..	124
Figura 19. Pantalla software factores protectores y de riesgo	125
Figura 20. Pantallas de software definición factores de riesgo.....	126
Figura 21. Pantallas software ¿Cómo saber si estoy en riesgo?.....	127
Figura 22. Pantallas software definición factores protectores.....	128
Figura 23. Pantalla software componentes factores protectores	129
Figura 24. Ejemplo de evaluación mediata de la sesión.....	130
Figura 25. Ejemplo ejercicio de relajación	132
Figura 26. Ejemplo experiencia de realizar el ejercicio de relajación	133
Figura 27. Pantallas software hipertensión.....	134
Figura 28. Pantalla software alimentación saludable.....	139
Figura 29. Pantalla software importancia de los 5 tiempos de comida	140

Figura 30. Pantalla software vitaminas y salud cardiovascular.....	140
Figura 31. Pantallas software colesterol y triglicéridos en la alimentación	141
Figura 32. Pantallas software lectura de información nutricional.....	142
Figura 33. Ejemplos de preguntas acerca del tema	143
Figura 34. Ejemplos de evaluación inmediata de la sesión	143
Figura 35. Ejemplos de evaluación mediata de la sesión.....	144
Figura 36. Pantalla software endorfinas y actividad física	148
Figura 37. Pantalla software beneficios del caminar	149
Figura 38. Pantallas software postura correcta de caminar.....	150
Figura 39. Ejemplo evaluación inmediata	151
Figura 40. Ejemplo de evaluación mediata de la sesión.....	152
Figura 41. Pantalla software definición de estrés	154
Figura 42. Pantallas software manejo del estrés	155
Figura 43. Pantalla software respuesta fisiológica al estrés	155
Figura 44. Pantalla software manifestaciones del estrés.....	156
Figura 45. Ejemplo evaluación mediata de la sesión.....	157
Figura 46. Pantalla software autoestima	159
Figura 47. Pantalla software menopausia y andropausia	160
Figura 48. Espejo	161
Figura 49. Ejemplos del trabajo realizado correspondientes a la sesión ..	162
Figura 50. Ejemplos de lo anotado en el cuaderno respecto al proceso de Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica en Salud Cardiovascular.....	164
Figura 51. Expresión artística de la estructura de vivir con expectativas de cambio.....	249
Figura 52. Simulador para el Cálculo Riesgo Coronario a 10 años.....	365

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Clasificación de Factores de Riesgo Cardiovascular (FRC)	19
Tabla 2. Diferencias de sexo: fisiopatología, manifestaciones clínicas, percepción y tratamiento de la enfermedad cardiovascular.....	20
Tabla 3. Factores de Riesgo y Diferencias de Sexo en la Enfermedad Cardiovascular	21
Tabla 4. Conducta a seguir en el manejo de niveles elevados de presión arterial.....	28
Tabla 5. Conceptos Apoyo Social.....	38
Tabla 6. Humanbecoming supuestos, postulados, principios, conceptos y paradojas.....	50
Tabla 7. Resumen Método de Parse para esta investigación en Enfermería	54
Tabla 8. Diseño experimental con pre y pos-test.....	81
Tabla 9. Cronograma Intervención Innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica en Salud Cardiovascular	93
Tabla 10. Características biosociodemográficas de las personas participantes	166
Tabla 11. Edad, número de personas que conforman el hogar y número de hijos de las personas participantes en el estudio	169
Tabla 12. Características descriptivas de salud de las personas participantes en el estudio	169
Tabla 13. Menopausia de las mujeres participantes en el estudio	170
Tabla 14. Uso de Terapia de Reemplazo Hormonal en mujeres participantes	171
Tabla 15. Edad de la menopausia de las mujeres participantes en el estudio.	171
Tabla 16 .Características de hábitos de alimentación de las personas participantes en el estudio.....	172
Tabla 17. Autopercepción de peso y opciones para controlarlo en las personas participantes en el estudio.	177

Tabla 18. Características de la práctica de la actividad física en las personas participantes en el estudio	179
Tabla 19. Dimensión Salud General para la subescala Componente de Salud Física (CSF) del SF-36, en mujeres.	181
Tabla 20. Dimensión Salud General para la subescala Componente de Salud Física (CSF) del SF-36, en hombres.	182
Tabla 21. Calificación de Salud comparada con un año atrás en mujeres participantes	182
Tabla 22. Calificación de Salud comparada con un año atrás, hombres participantes	183
Tabla 23. Medidas resumen de la calidad de vida relacionada con salud en mujeres participantes en el estudio	183
Tabla 24. Medidas resumen de la calidad de vida relacionada con salud en hombres participantes en el estudio.	184
Tabla 25. Dimensiones de la calidad de vida relacionada con salud en mujeres en estudio	185
Tabla 26. Dimensiones de la calidad de vida relacionada con salud en los hombres en estudio	185
Tabla 27. Autoeficacia General y Percepción de Apoyo social en las mujeres participantes	186
Tabla 28. Autoeficacia General y Percepción de Apoyo social en hombres participantes	186
Tabla 29. Indicadores de salud física: Medidas antropométricas mujeres participantes	187
Tabla 30. Indicadores de salud física: Medidas antropométricas hombres participantes	187
Tabla 31. Indicadores de salud física: Presión Arterial en mujeres participantes	188
Tabla 32. Indicadores de salud física: Presión Arterial en hombres participantes	188

Tabla 33. Indicadores de salud física: Perfil Lipídico en las mujeres participantes	189
Tabla 34. Indicadores de salud física: Perfil Lipídico en los hombres participantes	189
Tabla 35. Homologación de las características de las personas participantes en el estudio	191
Tabla 36. Homologación según sexo de las características de las personas participantes en el estudio	191
Tabla 37. Comparación de resultados entre pre y pos-test, de autoeficacia y apoyo social en las mujeres participantes en el estudio	198
Tabla 38. Comparación de resultados entre pre y pos-test, de autoeficacia y apoyo social en los hombres participantes en el estudio	198
Tabla 39. Comparación de resultados entre pre y pos-test, de los indicadores de salud física: medidas antropométricas en las mujeres participantes en el estudio	199
Tabla 40. Comparación de resultados entre pre y pos-test, de los indicadores de salud física: medidas antropométricas en los hombres participantes en el estudio	199
Tabla 41. Comparación de resultados entre pre y pos-test, de los indicadores de salud física: presión arterial en las mujeres participantes en el estudio	200
Tabla 42. Comparación de resultados entre pre y pos-test, de los indicadores de salud física: presión arterial en los hombres participantes en el estudio	200
Tabla 43. Comparación de resultados en pre y pos-test, de los indicadores de salud física: perfil lipídico en las mujeres participantes en el estudio ..	201
Tabla 44. Comparación de resultados de los indicadores de salud física: perfil lipídico en los hombres participantes en el estudio	201
Tabla 45. Efecto de la Intervención Innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica en salud cardiovascular, en los	

grupos control y experimental en la CVRS en las mujeres participantes en el estudio.....	202
Tabla 46. Efecto de la Intervención Innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica en salud cardiovascular, en los grupos control y experimental en la CVRS en los hombres participantes en el estudio.....	203
Tabla 47. Efecto de la Intervención Innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica en salud cardiovascular, en los grupos control y experimental en Autoeficacia y Apoyo Social en las mujeres participantes en el estudio.....	204
Tabla 48. Efecto de la Intervención Innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica en salud cardiovascular, en los grupos control y experimental en Autoeficacia y Apoyo Social en hombres participantes en el estudio.....	204
Tabla 49. Efecto de la Intervención Innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica en salud cardiovascular, en los grupos control y experimental en el perfil lipídico en mujeres participantes en el estudio.....	205
Tabla 50. Efecto de la Intervención Innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica en salud cardiovascular, en los grupos control y experimental en el perfil lipídico en hombres participantes en el estudio.....	206
Tabla 51. Efecto de la Intervención Innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica en salud cardiovascular, en los grupos control y experimental en presión arterial en mujeres participantes en el estudio.....	207
Tabla 52. Efecto de la Intervención Innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica en salud cardiovascular, en los grupos control y experimental en presión arterial en hombres participantes en el estudio.....	207

Tabla 53. Efecto de la Intervención Innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica en salud cardiovascular, en los grupos control y experimental en medidas antropométricas en mujeres participantes en el estudio	208
Tabla 54. Efecto de la Intervención Innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica en salud cardiovascular, en los grupos control y experimental en medidas antropométricas en hombres participantes en el estudio	208
Tabla 55. Lenguaje-Arte de Cada Persona Participante	239
Tabla 56. Primer Concepto Principal como Evidencia del Lenguaje-Arte.	242
Tabla 57. Segundo Concepto Principal como Evidencia del Lenguaje-Arte	244
Tabla 58. Tercer Concepto Principal como Evidencia del Lenguaje-Arte.	245
Tabla 59. Resumen de la estructura de la experiencia de vivir con expectativas de cambio	247
Tabla 60: Abstracción Progresiva de los Principales Conceptos de Vivir con Expectativas de Cambio.....	248
Tabla 61. Valor por persona de la Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica en Salud Cardiovascular.....	300
Tabla 62. Información acerca de las sub-escalas del Cuestionario genérico SF-36 y la interpretación de los bajos y altos puntajes.....	359
Tabla 63. Clasificación de la Presión Arterial.....	362
Tabla 64. Clasificación del Estado Nutricional en Adultos.....	363
Tabla 65. Circunferencia de Cintura, según sexo.....	364
Tabla 66. Clasificación del Col-Total, LDL, HDL y Triglicéridos (mg/dL).....	364
Tabla 67. Clasificación según probabilidad de presentar un evento cardiovascular a 10 años.....	366

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Medicamentos utilizados por las personas participantes en el estudio.....	170
Gráfico 2. Actividad más realizada en el tiempo libre por las personas participantes.....	180
Gráfico 3. Comparación de resultados entre pre y pos-test, de los componentes de la calidad de vida relacionada con salud de las mujeres participantes en el estudio.....	192
Gráfico 4. Comparación de resultados entre pre y pos-test, de las dimensiones del componente de salud física: salud general (SG), función física (FF), dolor corporal (DC) y rol físico (RF) en las mujeres participantes en el estudio.....	193
Gráfico 5. Comparación de resultados entre pre y pos-test, de las dimensiones del componente de salud mental: función social (FS), rol emocional (RE), salud mental (SM) y vitalidad (VT) en las mujeres participantes en el estudio.....	194
Gráfico 6. Comparación de resultados entre pre y pos-test, de los componentes de la calidad de vida relacionada con salud de los hombres participantes en el estudio.....	195
Gráfico 7. Comparación de resultados entre pre y pos-test, de las dimensiones del componente de salud física: salud general (SG), función física (FF), dolor corporal (DC) y rol físico (RF) de los hombres participantes en el estudio.....	196
Gráfico 8. Comparación de resultados entre pre y pos-test, de las dimensiones del componente de salud mental: función social (FS), rol emocional (RE), salud mental (SM) y vitalidad (VT) de los hombres participantes en el estudio.....	197

UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
DIRECCIÓN DE POSTGRADO

Esta tesis ha sido realizada en el Programa de Doctorado en Enfermería del Departamento de Enfermería de la Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

Profesora Tutora Dra. Tatiana Paravic Klijn

Profesor Titular Universidad de Concepción
Doctora en Enfermería, U. Sao Paulo Brasil.

Profesora Co-Tutora Dra. Alide Salazar Molina

Profesor Titular Universidad de Concepción
Doctora en Enfermería, Universidad de Concepción.

Profesora Dra. Natalia Ulloa Muñoz

Profesora Asociado Universidad de Concepción
Doctora en Ciencias Biológicas, Universidad de Concepción.

Profesora Dra. Gabriela Nasar

Profesora Asociado Universidad de Concepción.
Doctora en Psicología, Universidad de Edimburgo.

Directora del Programa

Profesora Dra. Tatiana Paravic Klijn

Profesor Titular Universidad de Concepción
Doctora en Enfermería, U. Sao Paulo Brasil.

RESUMEN

Objetivo: Establecer el efecto de una intervención innovadora Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica, dirigida a: control de factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, dislipidemia, sobrepeso), mejoramiento de la calidad de vida relacionada con salud, fortaleciendo autoeficacia, apoyo social y estructurando el fenómeno "vivir con expectativas de cambio" en personas usuarias del programa de salud cardiovascular de los Centros de Salud Municipales de Concepción.

Material y método: diseño mixto anidado, con método primario cuantitativo, experimental pre-test y pos-test: 120 individuos de 6 centros, randomizados: grupo control (n=56), personas con factores de riesgo cardiovascular que reciben la atención del Centro de Salud y grupo experimental (n=53), personas con factores de riesgo cardiovascular que reciben la atención estipulada más una intervención innovadora de Enfermería. La intervención se desarrolló durante 7 meses en 10 sesiones presenciales y 5 telefónicas; incluyó valoración estado de salud y Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica en Salud Cardiovascular. Se realizó medición: CVRS, presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD), IMC, circunferencia abdominal (CA), colesterol total (CT), lipoproteínas de baja densidad (Col-LDL), lipoproteína de alta densidad (Col-HDL), Índice de Aterogenicidad (LDL/HDL), Factor de Riesgo Cardiovascular (CT/HDL) y Riesgo Coronario a 10 años. Incorporó requisitos éticos. Y el método secundario cualitativo, método de Parse fenomenológico-hermenéutico para estructurar expectativas de cambio. Se incorporó requisitos éticos.

Resultados: El efecto de la Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica en Salud Cardiovascular con respecto a lo cuantitativo fue el siguiente: en el grupo experimental, mujeres y hombres disminuyeron de manera significativa CA, Col-Total, Col-LDL, CT/HDL ($p < 0,05$); solo las mujeres disminuyeron significativamente peso y aumentaron CVRS. Los hombres disminuyeron significativamente PAS y PAD, LDL/HDL, Riesgo coronario a 10 años. El grupo control no presentó cambios significativos. Y en cuanto a lo cualitativo, el hallazgo fue la estructura de vivir con expectativas de cambio, la cual fue definida por los/as usuarios/as como: visibilizar la realidad de salud, integrando lo físico y psicológico, a través de un proceso interactivo de cuidado con acción comunicativa, donde se establezcan alianzas que generan compromisos personales que contribuyan a enfrentar las dificultades con esfuerzo y perseverancia, de este modo emprender acciones innovadoras que permitan adaptarse a las condiciones de salud que se van presentando.

Conclusión: Esta intervención innovadora Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica es una estrategia efectiva para el control de los tres factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, dislipidemia y sobrepeso) y mejoramiento de CVRS. Es importante realizar intervenciones en salud cardiovascular diferenciadas por sexo.

Palabras clave: Enfermería cardiovascular, consejo dirigido, calidad de vida, factores de riesgo.

ABSTRACT

Objective: To establish the effect of an Counseling Nursing Innovative personalized and phone, to: control cardiovascular risk factors (hypertension, dyslipidemia, overweight), improving health-related quality of life (HRQOL), strengthening self-efficacy, social support and structuring the phenomenon "live with expectations of change" in people using the Program of Cardiovascular Health in the Municipal Health Centers of Concepción.

Methods: mixed-model nested design; in quantitative primary method, experimental pre-test and post-test: 120 individuals 6 centers randomized: control group (n = 56), people with cardiovascular risk factors who receive care stipulated health center and experimental group (n = 53), people with cardiovascular risk factors who receive care stipulated health center and Counseling Nursing Innovative personalized and phone. The counseling was developed for 7 months in 10 personalized sessions and 5 telephone; included health assessment and Counseling Nursing Innovative personalized and Telefónica in Cardiovascular Health. HRQOL, systolic blood pressure (SBP) and diastolic (DBP), BMI, abdominal circumference (AC), total cholesterol (TC), low density lipoprotein (Col-LDL), high density lipoprotein (Col-HDL), atherogenic index (LDL/HDL) Cardiovascular Risk Factor (TC/HDL) and Coronary Risk 10 years. It incorporated ethical requirements. And the secondary qualitative, method Parse research for structuring hermeneutic-phenomenological living with chancing expectations. Ethical requirements are incorporated.

Results: The effect of the Counseling Nursing Innovative personalized and phone in Cardiovascular Health with respect to the quantitative was as follows: in experimental group, women and men significantly decreased CA, TC, Col-LDL, TC/HDL ($p < 0.05$); only women significantly decreased weight and increased HRQOL. Men were significantly decreased SBP and DBP, LDL/HDL, Coronary risk at 10 years. The control group had no significant changes. And for the qualitative, the finding was the script of living with changing expectations, which is visible the reality of health by integrating physical and psychological, through an interactive process of careful communicative action, where alliances are established generating personal commitments to help face divergences with effort and perseverance, thus undertake innovative actions to adapt to health conditions as they arise.

Conclusion: This Counseling Nursing Innovative personalized and phone is an effective strategy for the control of three cardiovascular risk factors (hypertension, dyslipidemia and overweight) and improved HRQOL. It is important to cardiovascular health interventions differentiated by sex.

Keywords: Cardiovascular nursing, directive counselling, quality of life, risk factors.



*-A TODAS LAS PERSONAS QUE HICIERON POSIBLE LA REALIZACIÓN DE ESTA
INVESTIGACIÓN-*

*LA INTELIGENCIA CONSISTE NO SOLO EN EL CONOCIMIENTO SINO TAMBIÉN EN LA
DESTREZA DE APLICAR LOS CONOCIMIENTOS EN LA PRÁCTICA (ARISTÓTELES)*

Agradecimiento a las Instituciones que brindaron financiamiento a este estudio:

Universidad de Costa Rica, Escuela de Enfermería por la Adjudicación de Beca No. OAICE-03-CAB-049-2011 para realizar estudios de Doctorado en Enfermería en la Universidad de Concepción, Chile.

Universidad de Concepción, Dirección de Postgrado, Departamento de Enfermería, Programa de Doctorado en Enfermería, por el apoyo brindado para el desarrollo de la intervención innovadora: *Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica*, así como el apoyo económico que hizo posible la asistencia a eventos que contribuyeron a la adquisición de conocimientos para la realización de esta tesis: *15th Biennial International Conference Human Dignity* y el *14º Congreso Mundial de Menopausia*.

Universidad de Concepción, Vicerrectoría de Investigación por su apoyo económico, el cual contribuyó con la compra de material para el desarrollo de la intervención innovadora: *Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica*

Concurso beca para asistencia a eventos y cursos cortos para estudiantes de doctorado convocatoria 2012, CONICYT. Folio de postulación 811204, para la asistencia al evento en Chile *Simposio Apoyo para el Automanejo: elemento clave en la atención de personas con enfermedades crónicas* y el evento en Canadá *15th Biennial International Conference Human Dignity*.

Línea para apoyar la realización de Tesis de Postgrado, INNOVA BÍO BÍO. Código de Proyecto 12.178- EM.TES. Título de Proyecto: *Efecto de Intervención de Enfermería Dirigida a la Salud Cardiovascular*. Tipología de Tesis: *Interés Público*. **11ava Convocatoria Innovación Emprendedora. Región Bío Bío, INNOVA BÍO BÍO**. 13.1529 - *Intervención Innovadora de Enfermería dirigida a Salud Cardiovascular*.

Convenio de Desempeño UCO1201 de la Universidad de Concepción por el apoyo financiero para el desarrollo de la tesis y la disposición del espacio físico en la Unidad de Prevención del Sobrepeso y Obesidad (UPOS), donde se llevaron a cabo las sesiones de *Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica*.

Propiedad Intelectual y Registro de Marca

Está en proceso la protección de propiedad intelectual con la Unidad de Propiedad Intelectual de la Universidad de Concepción, del instructivo, el software y los materiales diseñados para la Intervención Innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica. Así como el registro de la marca que identifica esta intervención.



Agradecimientos a:

Doctora Tatiana Paravic Klijn, por ser una Gran Maestra, que me dio su apoyo y la oportunidad de compartir y aprender de su carisma y conocimiento.

Doctora Alide Salazar Molina por ser una excelente asesora, compañera y amiga, que cree e impulsa las ideas y sueños que apenas inician.

Doctora Kattia Saéz por su asesoría estadística, paciencia y entusiasmo a lo largo de este trabajo.

Doctora Alejandrina Arratía por la orientación brindada al inicio de esta investigación.

Autoridades de salud de la Dirección Administración de Salud de Concepción (DAS) y personal profesional y técnico del Programa de Salud Cardiovascular de los Centros de Salud Familiar de la comuna de Concepción por brindar la autorización y facilidades requeridas para el desarrollo de esta investigación.

Docentes del Programa de Doctorado en Enfermería del Departamento de Enfermería de la Universidad de Concepción, por los conocimientos transmitidos y su calidez en la enseñanza.

Personal Administrativo del Departamento de Enfermería de la Universidad de Concepción, por su amabilidad y atención oportuna.

Autoridades y Colegas del Departamento de Enfermería de la Universidad de Costa Rica por haberme brindado la gran oportunidad de realizar el Doctorado.

Mi Papá **Ronald Vílchez Rodríguez** y mi Mamá **Silvia Barboza Esquivel** por la presencia continua y el apoyo incondicional, sin que la distancia fuera un obstáculo.

*Mi Hermano **Alejandro Vílchez Barboza** por ser parte importante de esta tesis y haberme aportado sus conocimientos y experiencia profesional para hacer posible el diseño de la línea gráfica de la Consejería de Enfermería.*

***Ronald Rodríguez Cordero** por ser mi compañero de vida, por embarcarse conmigo en esta aventura, por su presencia y sabiduría para renovar mi energía día con día durante este proceso de Doctorado.*

***Familiares** (abuelas, tías, tíos, primas, primos) por sus muestras de cariño y mi **familia chilena** por la acogida y el cariño que me brinda.*

*Mis colegas, compañeras/o y amigas/o de Doctorado **Paula Ceballos, Angélica Moqueda, Olga Quintana, Liset Véliz y Noé Ramírez** por los momentos compartidos a lo largo del Doctorado.*

***Paula Ceballos, Angélica Moqueda, Olga Quintana** por la convivencia, el ánimo constante, el apoyo, la guía durante estos años y el diseño de grandes proyectos futuros.*

*Mis amigas **Shirley, Marisol y María Nielssen** y mi amigo **Jennier Acosta** por su compañía y energía positiva durante este proceso.*

*Al colega **Claudio Osses Paredes** por su solidaridad y amistad.*

***Ruth Sarandona y Carlos Pino** por su asistencia y colaboración durante los nueve meses de ejecución de la investigación, por vivir el proceso con gran compromiso, ilusión y ánimo*

***Con profundo agradecimiento a las Mujeres y Hombres** que accedieron a participar desinteresadamente en esta investigación, por ser una fuente de inagotable aprendizaje y ejemplo.*

1. INTRODUCCIÓN

1.1 PRESENTACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN

En el siglo XXI, las necesidades en salud se han modificado, evidenciado en los cambios en la morbilidad por la aparición de nuevos procesos o reactivación de otros que se creían erradicados, modificaciones en la historia natural de las enfermedades, incremento de la prevalencia de enfermedades no transmisibles como nuevas epidemias; junto con ello, ciudadanos(as) con mayores expectativas del servicio de atención y demandando a los y las profesionales de la salud un papel de orientación y gestión de sus problemas de salud (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera a las enfermedades no transmisibles como la principal causa de mortalidad y discapacidad mundial, constituyendo uno de los mayores retos que enfrentan los sistemas de salud, debido al gran número de casos afectados que conforman la causa más frecuente de incapacidad prematura, la complejidad y costo elevado de su tratamiento. Por tal motivo, se convierte en un problema de emergencia de la salud pública, que se da como resultado de cambios sociales y económicos que modificaron el estilo de vida de un gran porcentaje de la población (2,3).

Se plantea como enfermedades no transmisibles principales: las enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas; se calcula que en el 2005 causaron aproximadamente unos 35 millones de defunciones, cifra que representa el 60% del total mundial de defunciones. El 80% de las muertes por enfermedades no transmisibles se registra en países de ingresos bajos y medianos, y aproximadamente 16 millones corresponden a personas de menos de 70 años (1). Está proyectado que para el 2015, morirán en el mundo 41 millones de personas por esta causa, que no cuentan con un programa de prevención y control (2).

Debido al contexto proyectado, la OMS hace un llamado a la distribución de los recursos que se destinan a la atención de salud, ya que gran proporción de ellos se destinan a los servicios curativos, pasando por alto las actividades de prevención y

promoción de la salud, que podrían reducir en un 70% la carga de morbilidad a nivel mundial (4).

En América Latina y el Caribe, las Enfermedades no Transmisibles representan 57,9% de la mortalidad general, entre las cuales figuran: las cardiovasculares con un 45,4% (5). Estos datos concuerdan con lo reportado en las investigaciones en dos aspectos: en primer lugar el aumento de la enfermedad cardíaca coronaria y la hipertensión arterial como precursores del paro cardíaco; y en segundo lugar, la identificación de los factores de riesgo principales en los que se deben dirigir las acciones en salud: diabetes, tabaquismo, dislipidemia, obesidad y sedentarismo (6). En Chile las enfermedades cardiovasculares-enfermedad isquémica del corazón y la enfermedad cerebrovascular- son la primera causa de mortalidad (7), pero además son una de las primeras causas de discapacidad y deterioro de la calidad de vida, tienen como factores de riesgo en común la hipertensión arterial y la dislipidemia; pero además los factores correspondientes a estilo de vida: alimentación poco saludable, exceso de peso, tabaquismo, baja práctica de actividad física (8) y niveles alterados de estrés (9). Dichos riesgos aumentan con la edad y el rango entre los 45 y 64 años, es el más vulnerable a padecer las enfermedades cardiovasculares (8). Por tal motivo, la prevención de los factores de riesgo cardiovascular y de las complicaciones tardías que éstos generan, es una de las tareas más importantes y complejas que enfrenta el sistema de salud (10), por la carga económica y social importante que representan para la persona, su familia y la sociedad (9). Es por ello, que el sistema de salud debe hacer frente a los desafíos derivados del envejecimiento de la población y de los cambios de la sociedad: la transición demográfica, el desarrollo tecnológico, la globalización de las comunicaciones y el comercio, mayor movilidad de las personas y los cambios en los estilos de vida; requiriendo dar respuesta oportuna y eficaz a las necesidades de salud de su población y los déficit en la calidad de vida.

Sin embargo, la promoción de la salud para establecer cambios en el estilo de vida, la prevención de los factores de riesgo cardiovascular y su abordaje ha sido dificultosa (11), ya que esta situación es resultante de un fenómeno complejo y

multicausal para el cual se han planteado numerosas explicaciones, entre las cuales se mencionan las siguientes: a) falta de acceso al sistema de salud; b) modelo asistencial fragmentado, predominantemente reactivo; c) modelo asistencial diseñado para el tratamiento de enfermedades, no para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad; d) existencia de inercia clínica; e) falta de conciencia en las personas usuarias y su entorno sobre el problema de salud y/o falta de adaptación al mismo (5,12).

Ante este contexto, distintos organismos han trabajado en este importante tema con iniciativas como:

- La estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, orientada a reducir la mortalidad prematura y a mejorar la calidad de la vida de la Organización Mundial de la Salud (1). El establecimiento de un modelo de atención para el tratamiento a personas con enfermedades crónicas no transmisibles en el mundo, con el propósito de promover acciones de salud que contribuyan a mejorar conocimientos, actitudes y prácticas saludables en la población, basado en el Modelo de Atención a Crónicos o Modelo de Cuidado Crónico de Wagner (13), busca generar una interacción productiva entre una persona usuaria activa e informada y un equipo de salud preparado para brindar cuidado de alta calidad basado en la evidencia.
- Declaración del Consejo Internacional de Enfermería (CIE) sobre el rol de Enfermería dentro de cuestiones sociales: reducir los riesgos para la salud relacionados con el medioambiente y el estilo de vida. Además apela a la importancia de que Enfermería trabaje en las Enfermedades No Transmisibles. Le preocupa que la formación tradicional en atención de salud se centre, sobre todo, en el modelo biomédico de diagnóstico y en el tratamiento de problemas de salud agudos y preste una atención menor al cuidado de la creciente población de enfermos crónicos. En los últimos años, el CIE ha defendido activamente la transformación de los programas de enseñanza de enfermería para que se centren más en la continuidad asistencial, que engloba la promoción de la salud y la prevención de enfermedades (14).

- El Estado de Chile ha establecido lineamientos dirigidos a reducir el impacto de las enfermedades crónicas no transmisibles e insta a los diferentes sectores del país, entre los que se encuentran las Universidades, a contribuir con el desarrollo de estrategias que tengan el propósito de mejorar la cobertura de los factores de riesgo cardiovascular, reforzar el sistema público de salud, potenciar la atención primaria y mejorar el trato al usuario/a (11).
- En adición a lo anterior, el Ministerio de Salud de Chile, ha realizado durante los últimos años, un profundo análisis de la situación epidemiológica y sobre éste ha definido las prioridades que el sistema de salud debería asumir en el contexto de la reforma (10), de donde se desprenden dos líneas de trabajo importantes: la primera, la creación del Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) en Atención Primaria (9), el cual surge desde el año 2002 como producto de la reorientación de los subprogramas de Hipertensión arterial y Diabetes y tiene por objetivo disminuir la morbi-mortalidad de las enfermedades cardiovasculares con el enfoque de riesgo cardiovascular global, el cual consiste en el abordaje conjunto de los factores de riesgo, en lugar de tratar los factores de riesgo en forma separada (9). Este programa incorpora a usuarios/as que padecen de forma independiente o de forma conjunta hipertensión, diabetes y dislipidemia; las primeras dos patologías desde el año 2005 fueron incorporadas en las Garantías Explícitas en Salud (GES) (9). La segunda, los Objetivos de Salud 2011-2020 (11), entre los que se encuentran incluidos dos objetivos relativos a enfermedades crónicas no transmisibles, los que se citan a continuación:
 - OE2: Reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismo.
 - OE3: Reducir los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad, a través del desarrollo de hábitos y estilos de vida saludable.

Todas estas iniciativas están generando movimientos que proponen reconfigurar el modelo de atención desde un sistema planificado con un enfoque proactivo, enfocado a la salud poblacional, buscando resultados no solo cuantitativos sino

también cualitativos en el ámbito de las mejoras de la calidad de vida, ganancias en capacidad funcional, evitación de riesgos; fundado en la evidencia y apoyado en adecuados sistemas de información y comunicación, con desarrollo de nuevos perfiles en las funciones asistenciales de los profesionales, dando soporte al autocuidado y una mayor participación en el control de su enfermedad por parte de las personas usuarias (15).

Es así como la atención integrada y los modelos de atención a usuarios/as crónicos están abriendo paso a una nueva era de modelos de gestión e innovaciones organizativas en los servicios de salud (16). Uno de los más conocidos y con mejor evidencia es el Modelo de Cuidado Crónico (Chronic Care Model –CCM), desarrollado a mediados de los años 90 por Ed Wagner y colaboradores (MacColl Institute for Healthcare Innovation, Seattle); propone un cuidado centrado en la persona. Reconoce al usuario/a como un individuo único, personaliza su atención y propone la participación del individuo en el proceso de cuidado y una toma de decisiones compartida en lo que respecta a su salud. Promueve activamente intervenciones que mejorarán su pronóstico y calidad de vida (5, 12,16).

Básicamente, el modelo parte de la premisa de que los sistemas sanitarios deben reorganizarse para ofrecer atención de forma más efectiva ante el aumento de pacientes crónicos, y dado que el grueso de la atención a éstos se realiza en Atención Primaria, es necesario repensar y rediseñar la práctica clínica en este nivel (15,16).

De este modo, cobra importancia la Atención Primaria porque es el nivel de atención que está en mejores condiciones de comprender y entrar de lleno en la atención de la co-morbilidad y las enfermedades crónicas, los cuidados ambulatorios en entornos heterogéneos, la promoción de la salud, el trabajo en la familia y la comunidad, la coordinación intersectorial y el trabajo en equipo (15); que permita resolver los problemas de salud existentes y afrontar los nuevos desafíos (1). Enfatizar en lo preventivo y promocional significa evitar la aparición de factores de riesgo, detección precoz de éstos e impedir su progreso y reforzar los factores protectores de la salud (10). Si bien, es cierto que en Chile la creación del Programa

de Salud Cardiovascular ha contribuido en los últimos años al aumento en la cobertura de las personas con hipertensión arterial y a mayor control en los niveles de presión arterial y colesterol total (9); aún prevalecen las enfermedades cardiovasculares y continúan en aumento los factores de riesgo cardiovascular (11); probablemente esto se debe a que la forma en la que está planteada la provisión de la atención, no contribuye a que el/la usuario/a reciba los cuidados necesarios (11). Actualmente, los usuarios del Programa de Salud Cardiovascular reciben atención por parte de los profesionales médicos, de enfermería y de nutrición encargados de realizar los controles al menos una vez por año; sin posibilidad de tener acceso a controles de dos profesionales distintos en un mismo mes. La frecuencia de controles aumentan solo en caso que los/as usuarios/as se encuentren descompensados (9). La consulta de Enfermería del Programa de Salud Cardiovascular cuenta con un tiempo restringido para atender a cada usuario/a, por lo tanto, solo incluye la realización de: breve anamnesis, control de signos vitales, entrega de solicitud de exámenes y de referencias a control; además realiza una breve educación en hábitos de vida saludable, la cual se plantea de manera estandarizada para cada usuario/a, no permitiendo aclarar dudas o que las personas expresen las vivencias y sentimientos respecto a la temática abordada; desde este contexto, la ejecución de dicha consulta de Enfermería carece de alguno de los modelos conceptuales o teorías de enfermería existentes que guían la práctica del cuidado.

La aplicación de las teorías o modelos propios de la disciplina en la práctica de la Enfermería permite al enfermero/a, elaborar esquemas mentales que guían la ejecución del cuidado en los diferentes ámbitos de acción y brindan herramientas para la toma de decisiones relacionadas con la salud de las personas usuarias (17). Además, refuerzan la importancia de la persona cuidada, como un ser humano único, actor protagónico de su salud, con atributos como: conciencia, intelecto, dignidad, emociones, sentimientos y saberes (18); por lo que la Enfermería debe otorgar relevancia a la comprensión de su contexto, conformado por las vivencias y significados que conforman su experiencia, así como sus redes de apoyo, con el fin

de otorgar cuidados de enfermería acordes a la realidad del usuario/a (17,18). Motivo por el cual, se elige como referente teórico de enfermería para la presente investigación, la Teoría *Humanbecoming*, ya que brinda los conocimientos y orientación requerida para que el profesional de enfermería descubra significados sobre las experiencias humanas de salud y calidad de vida de las personas usuarias(19), lo cual permite realizar un proceso de cuidado conjunto entre la/el enfermera/o y la persona, en concordancia con la experiencia de las personas usuarias; incluye los significados, prioridades y preocupaciones que se identificaron como prioritarias (20).

Por lo tanto, la provisión actual de los cuidados y la reflexión continua del rediseño de la práctica clínica de la atención primaria, el fomento constante de la calidad de vida saludable y la reducción de costos en la atención de salud es un asunto importante, que no puede dejarse de lado.

La Organización Panamericana de la Salud recientemente realizó una publicación sobre prioridades para la salud cardiovascular en las Américas, donde indica que se puede prevenir hasta el 75% de la enfermedad isquémica del corazón y de los accidentes cerebrovasculares, si se gestiona el conocimiento científico disponible sobre la prevención y el control de sus factores de riesgo, por medio de intervenciones costo-efectivas y asequibles; para lo cual es esencial continuar con investigaciones que se realicen en la mejora del conocimiento de los factores de riesgo cardiovascular y sus determinantes y que permitan desarrollar estrategias integrales y sostenibles de educación continua dirigida especialmente a los trabajadores de la atención primaria y los modelos de prevención aplicados (2,21).

En esta línea se proponen intervenciones de Enfermería dirigidas a personas que sufren de enfermedad crónica, que anticipen las repercusiones de dichas patologías; para lo cual se requiere conocer más de cerca las vivencias de las personas con padecimientos crónicos o en riesgo, así como las formas en que actúan los determinantes del medio en el comportamiento de los padecimientos no transmisibles (22). A la vez se expone, cómo el miedo, la ansiedad, las presiones, la dificultad para aceptar la enfermedad, influyen negativamente en el autoestima y

la capacidad para modificar las actitudes necesarias para efectuar cambios sobre conductas que han llevado toda su vida anterior a la aparición de enfermedad (7). Lo anterior, es consecuente con la conocida necesidad y urgencia de realizar investigaciones que midan la efectividad de tales intervenciones. Autores indican que si bien es cierto, este tipo de estudios pueden ser problemáticos por cuestión de tiempo e inversión de recursos, no son imposibles y se convierten en una alternativa deseable para incorporar medidas sanitarias (16). Agregan que las mejoras en la calidad del cuidado crónico de la enfermedad requieren evidencia no solo sobre pruebas y tratamientos eficaces, sino también sobre los cambios de sistema que producen un cuidado mejor y los métodos para lograr la mejora de calidad para poner tal intervención en ejecución (5).

Las siguientes interrogantes del estudio conducen a la formulación del problema: ¿Cuál es el efecto de una intervención innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica dirigida al control de factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, dislipidemia, sobrepeso) y mejoramiento de la calidad de vida relacionada con salud, que fortalezca autoeficacia, apoyo social y estructura el fenómeno "vivir con expectativas de cambio" en personas usuarias del programa de salud cardiovascular de los Centros de Salud Municipales de Concepción? ¿Cómo se estructura la experiencia de "vivir con expectativas de cambio" en las personas con factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, niveles alterados de colesterol y sobrepeso), usuarias del programa de salud cardiovascular de los Centros de Salud Municipales de Concepción que participan de la intervención innovadora: Consejería de Enfermería en Salud Cardiovascular?

El planteamiento del problema es el siguiente:

Se desconoce el resultado de intervenciones innovadoras: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica, dirigida al control de factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, dislipidemia, sobrepeso) y mejoramiento de la calidad de vida relacionada con salud, fortaleciendo autoeficacia, apoyo social y estructurando el fenómeno vivir con expectativas de cambio, en personas usuarias

entre los 35 y 64 años, del programa salud cardiovascular de los Centros de Salud de Concepción, Chile.

Esta investigación se fundamenta desde la relevancia social, la relevancia profesional y la relevancia disciplinar.

Relevancia Social: *Contribuir con la atención primaria y la salud pública.*

Con respecto al servicio que pretende brindar a la sociedad esta investigación, consiste en contribuir con respuestas al sistema de salud sobre los nuevos retos y necesidades que el entorno cambiante, la globalización y el consumismo imponen; con el fin de comprender de mejor manera el panorama amplio y complejo que envuelve a las enfermedades no transmisibles y en este caso específico las cardiovasculares (21).

Dicha intervención pretende contribuir al sistema de salud en los servicios de atención primaria; al proponer no centrarse solamente en los aspectos relacionado con la enfermedad (como por ejemplo controles médicos, entrega de fármacos, exámenes diagnósticos, tratamientos costosos, entre otros), sino también permitir cubrir las necesidades de atención, bajo una mirada integral de Enfermería que no sólo diagnostica, planifica y ejecuta sus acciones, si no que comprenda a las personas en sus diversos entornos (familiar, social, laboral); y gestione la movilización de recursos necesarios que favorezcan la salud y el trabajo en red con otras disciplinas y otros sectores, facilitando procesos que contribuyan a disminuir la dificultad que enfrentan las personas para adherirse a conductas saludables, que les permita mejorar su calidad de vida relacionada con salud.

La literatura menciona que el profesional de Enfermería puede dirigir sus acciones hacia el trabajo de las expectativas de eficacia personal en una variedad de formas, como por ejemplo, incluir la realización de feedback y aprendizaje observacional, como una forma de obtener información que le ayudará a conocer las capacidades de las personas que atiende. Si el profesional de Enfermería focaliza las acciones hacia el desarrollo de las capacidades de las personas y direcciona la situación hacia esto, será capaz de diseñar intervenciones capaces de hacer cambios en los

estilos de vida de las personas usuarias, con adherencia por un largo periodo de tiempo (22).

Lo anterior se sustenta en lo reportado por la OMS, al apelar a la necesidad de construir un sistema de atención planificado con un enfoque proactivo hacia la salud poblacional, buscando resultados también cualitativos en el ámbito de las mejoras de la calidad de vida, ganancias en capacidad funcional, evitación de riesgos; invirtiendo considerablemente en educación sanitaria y dando soporte al autocuidado y una mayor participación a la personas en el control de sus situaciones de salud (4).

Además contribuye con la necesidad planteada en la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2009-2010, sobre la cantidad importante de población que está expuesta a determinantes psicológicos adversos, que ponen en mayor riesgo la adquisición o evolución no satisfactoria frente a los tratamientos de enfermedades crónicas (hostilidad de la personalidad, síntomas depresivos, estrés personal, bajos niveles de apoyo social emocional y material, bajos niveles de educación para la salud, entre otros) (7).

Ello apunta a brindar una respuesta desde la profesión de Enfermería a la situación presentada y es por este motivo que se señala la relevancia profesional del estudio.

Relevancia Profesional: Innovación en la atención de Enfermería.

En el área de la salud cardiovascular, el desafío para los profesionales de la salud es detectar precozmente individuos en riesgo; desarrollar programas que permitan al sujeto conocer sus factores de riesgo cardiovascular, comprender su significado patológico y el beneficio de adoptar conductas saludables, así como ayudarlo eficazmente a concretar el beneficio (23), aspecto que debe mejorar, ya que existe evidencia científica que señala que el/la profesional de enfermería debe desarrollar todo su potencial para que pueda implementar intervenciones de enfermería adecuadas a las necesidades de los/as usuarios/as y que contribuyan eficazmente a reducir la carga de las enfermedades no transmisibles (24). Es por tal motivo, que es recomendable conocer e indagar sobre las percepciones que tienen las personas

de los factores de riesgo, cómo los manejan y qué experimentan al desarrollarlos, ya que son hábitos, costumbres o condiciones que se adquieren a través del ambiente, la socialización y la vivencia cotidiana (25).

Está documentado que las vidas de las personas con enfermedades crónicas y factores de riesgo cardiovascular cambia drásticamente al ser diagnosticados y las modificaciones que deben implementar en sus estilos de vida, genera cambios en su salud y calidad de vida (26). Todos los aspectos de sus vidas son afectados por la enfermedad crónica (27). Las personas que tienen la experiencia de vivir con los tres factores de riesgo cardiovascular experimentan una serie de emociones y miedos que provocan reflexión y toma de decisiones acerca de cómo van a vivir a partir de ese momento, lo cual tiene impacto en sus vidas (28). Al aprender acerca de la experiencia de vivir con expectativas de cambio y la influencia en la calidad de vida de las personas con factores de riesgo cardiovascular, brinda a profesionales de Enfermería y otros profesionales de la salud la oportunidad de comprender de mejor manera a la población que día a día acude a los centros de salud y las estrategias que pueden incidir de forma más efectiva para la adopción de cambios. Es por esta razón, que la investigación desarrolló una intervención innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica en salud cardiovascular, dirigida al control de los factores de riesgo cardiovascular y mejoramiento de la calidad de vida relacionada con salud; fortaleciendo autoeficacia, por la evidencia que existe respecto a la mejora en la calidad de vida (29) y fortaleciendo apoyo social, por el efecto amortiguador o “buffer” sobre eventos de salud tan complejos, como lo son las enfermedades no transmisibles (30,31).

Se incluye la intervención telefónica porque funciona como complemento de la atención personalizada (5, 12, 32), por su utilidad para el seguimiento y evaluación de incorporación de hábitos saludables; es una manera de romper con las barreras del tiempo y ubicación física (33).

Este estudio se adhiere a la importancia de generar evidencia, con el fin de que los resultados permitan diseñar estrategias innovadoras en las diferentes líneas de

intervención, acordes con el contexto del nuevo modelo de atención y de gestión (10,34), brindando aportes desde el conocimiento de Enfermería.

Por lo anterior, se menciona la relevancia disciplinar.

Relevancia Disciplinar: *Disminuir la distancia entre la teoría y la práctica.*

Se incorpora en este estudio la implementación del sistema de conocimiento en Enfermería conceptual-teórico-empírico (sistema C-T-E), el cual se define como el servicio que se brinda a la sociedad guiado por el conocimiento específico de la disciplina de Enfermería, al articularse con las teorías de Enfermería (35).

Esta investigación se articula con la perspectiva teórica y el método de investigación propuesto por la Teoría *Humanbecoming* de Rossemarie Rizzo Parse (20), que enfatiza en la concepción de persona, como un ser humano que convive con una serie de miradas diferentes de ver el mundo y explicar las situaciones que se presentan en su contexto. Ante esto, la persona como un ser con apertura para el conocimiento, va creando sus propias percepciones para la toma de decisiones y desarrolla capacidades de elección. Esta teoría explora las experiencias vitales universales que vive la gente, relacionado esto, directamente con la calidad de vida relacionada con salud (36). Dichas experiencias universales de vida son significativas a la salud y calidad de vida, por lo tanto se convierten en el foco central de esta teoría (20). Por esta razón, se contempla el estudio del fenómeno “vivir con expectativas de cambio”, como una manera de descubrir lo que significa la calidad de vida para las personas participantes en el estudio a partir de la experiencia de salud con la que cuentan. Dicho fenómeno de estudio ha sido recomendado por Parse, para su investigación como un concepto clave para la disciplina Enfermera que se propone trabajar con personas; tiene como base el concepto de la esperanza y los resultados que han arrojado las investigaciones en esta temática estudiada por Enfermería desde 1989 y entendido como un proceso relacionado con las experiencias del día a día y que incide en la salud y calidad de vida (26,37).

El contexto presentado invita a los miembros de la disciplina a continuar en el desarrollo de su cuerpo de conocimientos, ya que acortando la distancia entre la

teoría y la práctica de Enfermería se enriquece el conocimiento, porque provee un marco para interpretar los hallazgos y guiar la práctica, la investigación y la educación (38); lo que en este estudio se ejemplifica, al hacer efectivos postulados de esta teoría en la intervención y aplicarla en el análisis de resultados.



1.2 MARCO REFERENCIAL

1.2.1 MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL

1.2.1.1 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD

Durante la década de los 90 el análisis de la Calidad de Vida Relacionada con Salud (CVRS) se introdujo gradualmente en los estudios de intervención terapéutica y se incorporaron formas de medición, las cuales representan uno de los avances más importantes en materia de evaluaciones en salud (39).

A pesar de la importancia del término CVRS, es claro que aún no existe una base conceptual compartida (20, 37, 39,40); que se manifiesta con la serie de definiciones de CVRS presentadas en las investigaciones científicas que abordan el tema:

- Desde el punto de vista subjetivo CVRS, es la valoración que realiza una persona, de acuerdo con sus propios criterios del estado físico, emocional y social en que se encuentra en un momento dado, y refleja el grado de satisfacción con una situación personal, a nivel fisiológico (sintomatología general, discapacidad funcional, situación analítica, sueño, respuesta sexual), emocional (sentimientos de tristeza, miedo, inseguridad, frustración), y sociales (situación laboral o escolar, interacciones sociales en general, relaciones familiares, amistades, nivel económico, participación en la comunidad, actividades de ocio, entre otras) (41).
- Desde el punto de vista subjetivo, se puede afirmar que CVRS es la valoración que realiza una persona, de acuerdo con sus propios criterios, del estado físico, emocional y social en que se encuentra en un momento dado (34).
- Grado subjetivo de bienestar atribuible o asociado a la carencia de síntomas, el estado psicológico y las actividades que se desea realizar (42).
- Medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento o las políticas de salud (43).

- Es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo (44).

Es importante señalar que teóricas de Enfermería como: Peplau, 1994; Rogers en 1990 y Parse desde 1981, 1994; han trabajado la temática y definen la CVRS como un atributo de la calidad de vida, que ayuda a conocer lo esencial de las necesidades interpersonales, que le compete a la Enfermería y a la salud, por lo que Parse menciona que CVRS es sinónimo del concepto de salud y el objetivo de la Enfermería (19).

Los conceptos planteados sobre CVRS, agrupan tanto los elementos internos, que forman parte del individuo; como aquellos externos, que interaccionan con él y pueden llegar a cambiar su estado de salud. Lo que lo convierte en un parámetro multidimensional; donde dichos elementos se denominan dimensiones (28). Las dimensiones utilizadas más frecuentemente en la investigación sobre CVRS son las siguientes (45):

- **Funcionamiento físico:** Incluye aspectos relacionados con la salud y el bienestar físicos, y con la repercusión de la sintomatología clínica sobre la calidad de vida. Se busca evaluar la incomodidad que la sintomatología produce en la vida diaria (45). Incluye preguntas típicas sobre la fuerza muscular, la vitalidad o la capacidad de realizar las actividades diarias habituales.
- **Bienestar psicológico:** Algunos autores llaman a esta dimensión salud mental. Recoge la repercusión del funcionamiento cognitivo. También recoge la vitalidad y la competencia percibida para afrontar problemas derivados de la enfermedad o el tratamiento (45).
- **Estado emocional:** Suele englobar evaluaciones de la depresión y la ansiedad, es decir, de los componentes de tipo emocional del bienestar psicológico (45).
- **Dolor:** Evalúa el nivel de dolor percibido, asociado a la presencia de cualquier enfermedad o sintomatología, y la interferencia del dolor con la vida cotidiana (45).

- Funcionamiento social: Evalúa la repercusión del estado de salud sobre el desempeño habitual de las relaciones sociales, el aislamiento social debido a incapacidad física y las alteraciones del desempeño de roles sociales en la vida familiar y laboral (45).
- Percepción general de la salud: Incluye evaluaciones subjetivas globales del estado de salud de la persona y de las creencias relativas a la salud. Esta dimensión suele correlacionarse con las anteriores (45).

Cabe señalar que las dimensiones antes mencionadas serán las utilizadas en esta investigación.

Como se ha expuesto en este apartado el concepto CVRS ha hecho necesaria la medición de los resultados de la intervención sanitaria (45); con el fin de evaluar cómo la persona percibe y experimenta las manifestaciones diarias, de una enfermedad, tratamiento administrado y la repercusión de los efectos de un programa en las dimensiones de su estado de salud (46).

La importancia de usar las mediciones de CVRS radica en lo siguiente (41):

- a. La toma de decisiones en el sector salud debería tener en cuenta la percepción de los usuarios/as, apoyada en una profunda evidencia empírica de base científica, que considere, además de los indicadores clásicos cuantitativos y los costos, los indicadores cualitativos que expresan el impacto la calidad de vida y la satisfacción de la persona.
- b. El estudio de los factores que determinan la percepción de la persona en los diversos momentos de la vida y de la enfermedad, es decir el proceso de adaptación a la enfermedad crónica, permitiría reconocer los mecanismos que inciden negativamente en la CVRS de la persona y encarar intervenciones psicosociales que promuevan el mayor bienestar posible. Tomando en cuenta que la respuesta al diagnóstico de una enfermedad crónica siempre tiene implicaciones psicológicas y sociales complejas (34).

De esta manera, el propósito fundamental de la utilización y medición de la CVRS consiste en proporcionar una evaluación más comprensiva, integral y válida del

estado de salud de un individuo o grupo, y una valoración más precisa de los posibles beneficios y riesgos que pueden derivarse de la atención de salud (47).

Se distinguen dos tipos de instrumentos de medida de la CVRS (48): instrumentos genéricos: aplicables a una gran variedad de afecciones dado que cubren un amplio espectro de la CVRS e instrumentos específicos: que incluyen sólo aquellos aspectos importantes de una determinada enfermedad, de una población, para valorar ciertas funciones o un determinado síntoma clínico (47).

La evaluación de la calidad de vida relacionada con salud se convierte en una estrategia para el análisis de los resultados de los programas terapéuticos que refuerza el consenso de indicadores del área de la salud (control de los síntomas, índices de mortalidad y expectativa de vida), además contribuye a estimar eficacia y efectividad de los programas e intervenciones en salud; en lo que respecta a percepción subjetiva de los individuos, sobre todo en el tratamiento de enfermedades crónicas, bien sea en intervenciones clínicas, quirúrgicas, paliativas, etc. (34,49).

1.2.1.2 FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Las enfermedades cardiovasculares constituyen una de las áreas de investigación más extensas de la epidemiología y la salud pública, debido a la magnitud de su prevalencia (50), causan alrededor de 18 millones de muertes anuales, corresponde al 11% de la carga de la enfermedad en el mundo; esa carga tiene un crecimiento más acelerado en los países de ingresos medios y economías en transición (51). Esto le confiere importancia como factor determinante de la CVRS, en particular si estas enfermedades se enfrentan en edades tempranas (50).

En Chile, las enfermedades cardiovasculares constituyen la tercera causa de invalidez en el sistema previsional actual, lo que implica un alto costo al país, si se piensa que es población laboralmente activa. Esto, sumado a la expectativa de aumento de prevalencia de enfermedad cardiovascular, lo cual significa una mayor demanda de recursos (23).

Los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) son características biológicas o hábitos o estilo de vida de las personas que aumenta la probabilidad de padecer o morir a causa de una enfermedad cardiovascular (ECV) en aquellos individuos que lo presentan (9,52).

Las características principales de un factor de riesgo son (53):

- Relación independiente y cuantitativa con la enfermedad.
- Existencia de un mecanismo causal que explique la asociación.
- La eliminación o reducción del factor resulta en una regresión del proceso y de sus consecuencias clínicas.

La enfermedad cardiovascular es de origen multifactorial y un factor de riesgo debe ser considerado en el contexto de los otros. El riesgo cardiovascular expresa la probabilidad de padecer una enfermedad cardiovascular o un episodio cardiovascular (cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, arteriopatía periférica, insuficiencia cardíaca y las enfermedades de la aorta) (52) en un determinado período de tiempo, generalmente 5 o 10 años (53).

Existen diversas clasificaciones de factores de riesgo, la más utilizada son los riesgos no modificables y los modificables (52). Otras clasificaciones incorporan dentro de los factores modificables, los factores controlables directos, que son los que intervienen en forma directa en los procesos de desarrollo de la enfermedad cardiovascular y factores controlables indirectos, los que se han relacionado por estudios epidemiológicos o clínicos con la incidencia de enfermedades del aparato circulatorio pero que no intervienen directamente en la génesis de las mismas, sino mediante otros factores de riesgo directos y circunstancias especiales consideradas como de riesgo (9,50). Se ilustra de la siguiente manera:

Tabla 1: Clasificación de Factores de Riesgo Cardiovascular (FRC)

Factores No Modificables	Factores Modificables o Controlables Directos	Factores Controlables Indirectos
Edad	Hipertensión arterial	Sedentarismo
Sexo	Tabaquismo.	Obesidad/ Obesidad abdominal
Antecedentes Personales de E CV	Niveles de colesterol total y LDL elevados.	Estrés
Antecedentes Familiares de ECV: en familiares de primer grado.	Niveles de colesterol HDL bajos.	Consumo anticonceptivos orales
	Diabetes mellitus.	
	Tipo de alimentación.	

Fuente: Escobar M, Obreque A. 2010 (9).

Los factores de riesgo modificables son los de mayor interés porque se puede actuar de manera preventiva sobre ellos. Es por esta razón que también se les llama “factores de riesgo mayores e independientes” y son los que tienen una asociación más fuerte con la ECV (52).

Además, la literatura señala que los factores de riesgo cardiovascular se asocian con las condiciones de trabajo, como por ejemplo: la exposición al monóxido de carbono generado por actividades industriales y durante la combustión, el trabajo por turnos que altera el ciclo circadiano, sobreesfuerzos extremos y factores de riesgo psicosociales generados por el estrés (54).

Los riesgos para enfermedad cardiovascular, antes mencionados, son similares tanto para mujeres como para hombres; entendiendo que la enfermedad cardiovascular incluye la enfermedad coronaria, el accidente cerebrovascular y la aterosclerosis (55). Sin embargo, es fundamental reconocer que en la actualidad se ha demostrado la existencia de diferencias por sexo en cuanto a estas enfermedades (55). Existe un dimorfismo sexual establecido que interviene en la presentación, la progresión, la respuesta al tratamiento y resultados de las enfermedades cardiovasculares y los factores de riesgo cardiovascular (56), sin embargo, queda mucho por comprender acerca de las bases biológicas de estas

diferencias de sexo, las cuales se traducirán en nuevos enfoques individualizados para mejorar la atención y la salud de los hombres y las mujeres (Tabla 2) (56).

Tabla 2: Diferencias de sexo: fisiopatología, manifestaciones clínicas, percepción y tratamiento de la enfermedad cardiovascular

Enfermedad Cardiovascular	Diferencias de la mujer con respecto al hombre
Aterosclerosis	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor inflamación y estrés oxidativo. • Menor cantidad de ateroma en menores de 65 años. • Estrógenos involucrados en la composición de la placa y la función vascular. • Disfunción vascular y enfermedad de pequeños vasos. • Mayor cantidad de erosiones y menos lesiones obstructivas. • Mayor riesgo de mortalidad por calcificación de las arterias coronarias, que es un marcador directo de aterosclerosis subclínica
Trombosis	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor cantidad de cambios en la actividad plaquetaria, en los factores de coagulación y en la actividad fibrinolítica relacionada con el estado hormonal. • Mayor riesgo de sangrado y complicaciones posterior a las intervenciones.
Manifestaciones clínicas	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor presencia de síntomas atípicos respecto a lo que está descrito. Más angina, menos infarto
Percepción de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • Menor percepción del riesgo.
Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Menor uso de ácido acetilsalicílico, estatinas y β-bloqueadores. • Menor remisión a programas de rehabilitación cardíaca. Menor éxito pos-angioplastía. • Menor adherencia al tratamiento

Fuente: Adaptación de la tabla de Anchique, C. 2011; incluye aspectos descritos por Arain et al. 2009 (56,57).

En cuanto a las mujeres predomina la morbi-mortalidad del conjunto de enfermedades cardiovasculares, en cambio en los hombres prevalece la enfermedad coronaria (Tabla 3) (55).

Tabla 3. Factores de Riesgo y Diferencias de Sexo en la Enfermedad Cardiovascular

Factor de Riesgo	Diferencias de la mujer con respecto al hombre
Epidemiología	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación clínica siete a diez años más tardía. • Mayor cantidad de años de vida perdidos por discapacidad secundaria a la enfermedad cardiovascular.
Hipertensión arterial	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor prevalencia a mayor edad y mayor asociación con enfermedad cerebrovascular, hipertrofia ventricular izquierda y falla cardíaca diastólica. • Receptores β_1 y α_2-adrenérgicos se asociados con la hipertensión en las mujeres. En cambio en los hombres se asocia con la hipertensión los receptores angiotensinógenos-β_2 adrenérgicos. • Dos principales causas de hipertensión que se producen sólo en las mujeres: preeclampsia e hipertensión asociada con el uso de anticonceptivos. • En mujeres mayores de 40 años existe mayor magnitud en el aumento en la actividad nerviosa simpática, la cual está estrechamente relacionado con los aumentos en la presión arterial Este fenómeno se asocia con la disminución de estrógenos y cambios en la modulación central de la función barorrefleja, que favorece el desarrollo de la hipertensión.
Diabetes Mellitus	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad cardiovascular mayor a 50%. • Mayor comorbilidad y aterosclerosis difusa. • Factor de riesgo independiente para falla cardíaca.
Dislipidemia	<ul style="list-style-type: none"> • HDL bajo y triglicéridos elevados relacionados con enfermedad cardiovascular. • Aumento del Col-Total y LDL en post-menopausia.
Antecedentes relacionados con el sexo	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión inducida por embarazo, consumo de anticonceptivos y diabetes gestacional. • Disfunción hormonal (ovario poliquístico, síndromes placentarios, menopausia).

	<ul style="list-style-type: none"> • Menor padecimiento de insuficiencia cardiaca debido a menor incidencia de fibrosis del tejido cardíaco y apoptosis con hipertrofia ventricular.
Estilo de vida y factores psicosociales	<ul style="list-style-type: none"> • Tabaquismo principal factor de riesgo en enfermedad coronaria en menores de 55 años. • Obesidad e inactividad física. • Ansiedad y estrés. Menor nivel socioeconómico.

Fuente: Adaptación de la tabla de Anchique, C. 2011; incluye aspectos descritos por Arain et al. 2009 (54,55).

Estas diferencias entre mujeres y hombres, se convierte en un tema prioritario de estudio, sobre todo las enfermedades cardiovasculares en la mujer, sin embargo, requiere comprensión, divulgación y manejo (57). Desde la perspectiva de salud pública, las enfermedades cardiovasculares se deben prevenir mediante un enfoque de riesgo, es decir, acciones dirigidas tanto a la población general como a las poblaciones en mayor riesgo de estas enfermedades y la implementación de intervenciones preventivas de eficacia demostrada (58), que contribuyan con la producción de conocimiento en esta línea, de modo que le permita a los profesionales de la salud incorporarlo en la atención que brindan y prioricen en la promoción de estilos de vida saludables, por medio del diseño de estrategias costo-efectivas que direccionen las acciones de manera diferenciada (59), que reconozca las peculiaridades biológicas de cada sexo, tomando en consideración la evidencia que existe respecto a la asociación entre las diferencias de sexo y la morbi-mortalidad de las enfermedades cardiovasculares (56).

La detección de los principales factores de riesgo cardiovascular en personas aparentemente sanas se hace prioritaria, para establecer estrategias de cuidado encaminadas a mejorar los estilos de vida en población que aún no presenta daños a la salud a través de un autocuidado responsable, expresado en una dieta sana y la práctica de ejercicio físico regular (60). Asimismo, autores señalan que el mejor predictor de un acontecimiento cardiovascular es la combinación de información sobre los factores de riesgo cardiovascular, ya que se convierten en una

herramienta exacta para la evaluación del riesgo en usuarios/as con dislipidemia e hipertensión moderada (54).

Riesgo Cardiovascular Absoluto

El riesgo cardiovascular absoluto o global, se define como la probabilidad de un individuo de tener un evento cardiovascular en un período de tiempo determinado (por ejemplo, en los próximos 5 o 10 años) (9). Es una función del perfil de riesgo, sexo y edad de cada individuo; es más alto en varones mayores con varios factores de riesgo que en mujeres más jóvenes con menos factores de riesgo. El riesgo global de desarrollar enfermedad cardiovascular está determinado por el efecto combinado de los factores de riesgo cardiovascular (9).

Los “scores” en riesgo cardiovascular son herramientas en la práctica clínica que se utilizan para evaluar el riesgo cardiovascular y determinar los individuos que requieren intervención en el control de sus factores de riesgo y quienes solamente requieren acciones en promoción de salud por su bajo riesgo (61). El score de riesgo más utilizado es la ecuación de riesgo de Framingham (61), la cual se define como un primer evento cardiovascular: infarto agudo al miocardio, angina de pecho, ataque cerebral isquémico, enfermedad vascular periférica, insuficiencia cardíaca congestiva o una muerte cardiovascular (9); sin embargo presenta debilidades porque se ha detectado que subestima el riesgo sobre todo en mujeres y personas jóvenes, además no estima el riesgo de placa aterosclerótica carotídea, la cual es un predictor independiente de riesgo coronario (9).

Para evaluar el riesgo coronario a 10 años se utiliza un método cuantitativo, a través de las Tablas de puntuación basadas en el Estudio de Framingham, las tablas han sido adaptadas a la población chilena de 35 a 74 años; estiman el riesgo de padecer un episodio coronario, mortal o no, en personas sin antecedentes de patología cardiovascular previa, lo que significa personas que han tenido un evento coronario o cardiovascular, angina, infarto agudo miocardio, ataque cerebral u otra complicación cardiovascular en un periodo de 10 años, según la presencia o ausencia de los factores de riesgos mayores: sexo, edad, nivel de presión arterial,

colesterol total, diabetes, consumo de tabaco y Col-HDL. Entregan la estimación del riesgo a través de un resultado numérico que se clasifica en 4 categorías de riesgo: bajo (menor 5%), moderado (5%-9%), alto (10%-19%) y muy alto ($\geq 20\%$) (9).

Estimación del Riesgo Cardiovascular

El riesgo cardiovascular en las personas que ingresan al Programa de Salud Cardiovascular se evalúa mediante dos métodos no validados aún en Chile: el primero y más utilizado, el cualitativo, basado en el número, tipo e intensidad de los factores de riesgo y el segundo el cuantitativo, a través de las Tablas de puntuación basadas en el Estudio de Framingham (9).

Las Tablas adaptadas a la población chilena se utilizan, como una aproximación al riesgo cardiovascular y clasifican el riesgo de la siguiente manera: $< 5\%$ riesgo bajo; 5-9% riesgo moderado, 10-19% riesgo alto y $\geq 20\%$ riesgo muy alto (9).

El Programa de Salud Cardiovascular sugiere incluir dentro de la clasificación del riesgo cardiovascular global otros factores de riesgo no incluidos en la Tabla, y que sumados podrían aumentar el riesgo cardiovascular global de la persona (9).

Los factores de riesgo no considerados en la Tabla son:

- Antecedentes familiares de cardiopatía coronaria o ataque cerebral prematuro en familiar de primer grado (hombre < 55 años, mujer < 65 años).
- Personas en tratamiento antihipertensivo (independientemente de la cifra de PA).
- Obesidad central (circunferencia de cintura ≥ 102 cm en hombres y ≥ 88 cm en mujeres)
- Concentración elevada de triglicéridos (≥ 150 mg/dL) Concentraciones elevadas de proteína C-reactiva, fibrinógeno, homocisteína, apolipoproteína B ó Lp(a), hiperglicemia en ayunas o intolerancia a la glucosa.
- Microalbuminuria en diabéticos.

Si la persona que se evalúa tiene uno o más de estos factores deberá sumar 5 puntos al puntaje obtenido por la Tabla (9).

Tendencia de los factores de riesgo cardiovascular en Chile

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la primera causa de muerte en Chile. El año 2006 fallecieron 24.087 personas por esta causa, con una tasa de 146,6 por 100.000 habitantes, que corresponde a un 28,1 % de todas las muertes de este mismo año. Los principales componentes de la mortalidad cardiovascular (CV) son las enfermedades isquémicas del corazón y las cerebrovasculares (9).

La Encuesta de Salud 2009-2010 demuestra que los resultados obtenidos sobre el estado de salud de la población chilena general, apuntan hacia un elevado nivel de morbilidad por enfermedades crónicas y sus factores de riesgo, que no disminuyen en comparación con la encuesta 2003-2009 (7).

Sobrepeso

El sobrepeso se refiere al exceso de tejido adiposo en el organismo, se determina cuando existe un índice de masa corporal (IMC) mayor a 25 y menor a 30 (60).

En cuanto al índice de masa corporal (IMC) en la población chilena está por sobre el máximo normal (IMC=25) quedando el promedio nacional en el rango de sobrepeso. Los hombres en promedio pesan 10 kilos más que las mujeres:

El peso promedio aumenta entre los 15 y los 64 años, para luego decrecer en los mayores de 64 años.

El IMC aumenta con la edad, llegando al máximo entre los 45 y 64 años, para luego decrecer levemente. Las mujeres tienen un IMC significativamente mayor que el de los hombres, estando la mayor diferencia en el grupo de 45 a 64 años.

El promedio aumenta a medida que el nivel educacional es menor principalmente en los hombres, aumenta 6,7 kg.

A nivel nacional, la prevalencia de exceso de peso (IMC mayor o igual a 25) es del 64,5%, distribuido de la siguiente manera:

39,32% Sobrepeso (IMC mayor a 25 y menor a 30).

25,13% Obeso (IMC corporal mayor o igual a 30).

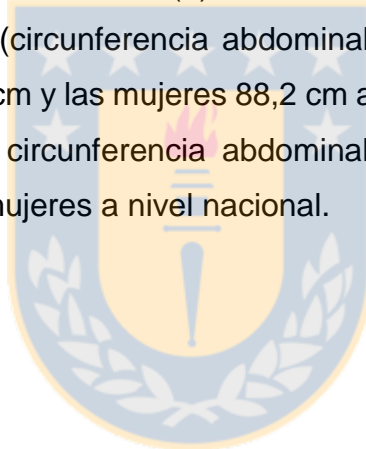
2,3% Obesidad mórbida (IMC mayor 40).

La prevalencia de sobrepeso es significativamente mayor en hombres que mujeres, con 45,3% y 33,6% respectivamente. Esta diferencia se mantiene en los rangos etarios de 25 a 44 y de 45 a 64 años.

En la autoevaluación del estado nutricional, de acuerdo al reporte visual; los resultados indican que un 43,4% se ubica en sobrepeso.

Como el IMC no proporciona información acerca de la distribución de la grasa corporal y el lugar de depósito, es necesario adicionar la medición de la circunferencia abdominal, ya que, el tejido adiposo abdominal y más específicamente al tejido adiposo perivisceral (mesenterio) se asocia con mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus tipo 2, y cáncer, entre otras (62).

La Encuesta Nacional de Salud 2010 (7), mide la obesidad abdominal por medio de la circunferencia central (circunferencia abdominal), reportando que los hombres tienen en promedio 92,5 cm y las mujeres 88,2 cm a nivel nacional. En la Región de Bío Bio el promedio de circunferencia abdominal es de 90,3 cm. Prevalece la obesidad abdominal en mujeres a nivel nacional.



Hipertensión Arterial

La hipertensión arterial es un importante factor de riesgo cardiovascular que a menudo pasa inadvertida para la persona que la padece, dado que en la mayoría de casos es asintomática (28). Esta alteración puede llegar a producir, entre otras enfermedades, padecimientos como la cardiopatía isquémica (60).

Las cifras promedio de la presión arterial sistólica (PAS) en la población chilena son inferiores a 130/80 superiores a 120/70, es decir, las cifras promedio se encuentran en rango no “óptimo”, pero “normales” (7).

La prevalencia de tamizaje positivo de presión arterial elevada (HTA) en la población general mayor de 15 años, alcanza a un 26,9% (7). En cada grupo de edad, las prevalencias de HTA son mayores en hombres, pero las diferencias no resultan significativas. Por grupo de edad, se observa una gradiente creciente significativa en las prevalencias de HTA que parte en un 2,6% en el grupo más joven hasta un 74,6% en el de mayor edad (7).

La prevalencia disminuye significativamente a mayor educación (7). El 41,9% de los adultos chilenos refieren tener un familiar directo (padre, madre, hermano o hijos) con “hipertensión arterial o presión alta” (7).

Se observa que la mujer se encuentra bajo tratamiento farmacológico exclusivo en una proporción significativamente mayor que el hombre (37,38% versus 19,02% respectivamente) (7).

El tratamiento farmacológico exclusivo aumenta con la edad, siendo significativo el aumento entre el grupo de 25-44 años y los mayores de 65 años (7).

Las personas con presión arterial elevada refirieron que el tiempo medio transcurrido desde el último control de presión arterial fue de 8,4 meses (7). La edad media al primer diagnóstico de presión arterial fue a los 44,99 años (7). En hombres la edad media fue de 46,42 y en mujeres 44,07 años (7).

A las personas con una presión arterial de 140/90 mmHg se les realiza un perfil de presión arterial, que consiste en al menos 2 mediciones en 2 días distintos para confirmar o descartar el diagnóstico de HTA (9).

Tabla 4. Conducta a seguir en el manejo de niveles elevados de presión arterial

Conducta a seguir en el manejo de niveles elevados de presión arterial	
Riesgo Bajo <5%	En personas con PA entre 140-159/90-99 mmHg, en forma permanente que no logran reducirla modificando su estilo de vida en un plazo máximo de 6 meses, considerar el uso de fármacos. Control periódico cada 6 - 12 meses después de lograr meta de tratamiento.
Riesgo Moderado <5-9%	En personas con PA entre 140-159/90-99 mmHg, en forma permanente que no logran reducirla modificando su estilo de vida en un plazo de 3-6 meses, considerar el uso de fármacos. Control periódico cada 3 a 6 meses después de lograr meta de tratamiento.
Riesgo Alto 10-19%	En personas con PA entre 140-159/90-99 mmHg, en forma permanente, indicar cambios en la alimentación y actividad física y prescribir tratamiento farmacológico desde el inicio. Una vez logradas las metas realizar controles periódicos cada 3-4 meses.
Riesgo muy Alto 20%	En las personas con PAS \geq 160-170 y/o PAD 100-105 mm Hg, indicar cambios en la alimentación y actividad física y prescribir tratamiento farmacológico desde el inicio. Una vez logradas las metas realizar controles periódicos cada 3-4 meses.

Fuente: Escobar M, Obreque A. 2010 (9).

Dislipidemia

La dislipidemia se refiere a la alteración en el metabolismo de los lípidos.

La hipercolesterolemia es la elevación de colesterol total (Col-Total) en sangre capilar >200 mg/dL. Se reporta que el Col-Total aumenta con la edad y se relaciona con la presión arterial sistólica y diastólica, circunferencia abdominal, IMC (sobrepeso), glicemia, horas de actividad física y tabaquismo (63).

Las dietas ricas en grasas saturadas, la herencia y ciertos problemas metabólicos, favorecen el incremento de la concentración del colesterol sérico. Esta alteración favorece la acumulación de depósitos adiposos en el revestimiento de las arterias, que a su vez da lugar a padecimientos cerebrales y cardiovasculares (60).

El nivel de Col-LDL es el principal determinante de la conducta terapéutica en personas con dislipidemia, se considera normal <70 a 100 , normal-alto de 100 a 159 , aunque son cifras sobre lo normal, no califican para ingresar al programa de salud cardiovascular. Al programa se ingresa con niveles altos ≥ 160 mg/dL (9). En cuanto

al Col-HDL, los niveles normales son superiores a 40 en hombres y 50 en mujeres (9).

Actualmente, los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010 (7), muestran que el promedio de colesterol total aumenta significativamente con la edad hasta los 64 y luego decrece significativamente en mayores de 65 años.

Las mujeres presentan niveles de HDL significativamente mayores que los hombres, esto ocurre en todos los grupos de edad (7).

Existe evidencia que la asociación entre Col-Total/HDL (Factor de Riesgo Cardiovascular) es un predictor significativo de la enfermedad cardiovascular más que el colesterol total por sí solo. Esta asociación se puede encontrar con el nombre de factor de riesgo cardiovascular (64), se reporta que Col-Total/HDL en las mujeres es un indicador predictivo para el pronóstico de la enfermedad cardiovascular aterosclerótica (65) y para enfermedad cardíaca coronaria (66). Otro indicador de riesgo con un valor predictivo mayor que los datos aislados para riesgo vascular lo constituye la relación Col-LDL/Col-HDL, denominado índice de aterogenicidad o de Castelli (66). Ambos cocientes tienen similitudes en su utilidad, porque aproximadamente dos tercios del colesterol plasmático se encuentra en el Col-LDL, por lo tanto, existe una relación muy estrecha entre Col-Total y Col-LDL. Se incrementa el poder predictivo del riesgo cardiovascular que proporcionan estos índices cuando se toma en consideración los niveles de triglicéridos; ya que el incremento en los valores de ambos cocientes aunados a hipertrigliceridemia, predice un riesgo cardiovascular mayor (65).

Hombres y mujeres no difieren significativamente a ningún grupo de edad en los niveles medios de LDL. Entre estos se observa una gradiente significativa creciente en los primeros tres grupos que decae significativamente en los mayores de 65 años (7). La mujer de nivel educacional bajo presenta niveles significativamente mayores que la de niveles medios y altos (7). Hombres y mujeres difieren significativamente en el nivel de colesterol total solo en el estrato educacional bajo (200,77 en mujeres versus 185,22 en hombres) (7).

El colesterol HDL no presenta diferencias significativas entre niveles educacionales, lo cual se mantiene al analizar por sexo, mientras que en los niveles educacionales medio y alto las mujeres presentan colesterol HDL significativamente mayor que los hombres (7).

Las mujeres presentan un promedio de LDL significativamente mayor en el nivel educacional bajo con respecto a los niveles medio y alto (7).

En cuanto a prevalencia de colesterol total elevado (≥ 200 y > 240 mg/dL). Se puede observar que aproximadamente un 38% de la población presenta valores ≥ 200 mg/dL (7).

La prevalencia de HDL disminuido, es decir, “de riesgo” (< 40 mg/dL) alcanza a un 28,25% de la población. Por otro lado, un 14,7% de la población presenta valores en rango protector (> 60 mg/dL). En hombres 37,63% presenta niveles de riesgo mientras que solo el 8,33% niveles protectores, siendo la diferencia estadísticamente significativa (7). En mujeres la prevalencia de niveles de riesgo y protector son significativamente distintas a las de los hombres (7).

Se observa que aproximadamente un 30% de la población presenta valores de LDL ≥ 130 mg/dL, un 39,41% valores “óptimos” bajo 100mg/dL y un 10,31% presenta valores “muy altos” (≥ 160 mg/dL) (7).

La prevalencia de colesterol total > 200 mg/dL, la que alcanza a un 38,5% sin diferencias significativas entre los sexos. Con la edad las prevalencias aumentan significativamente hasta los 64 años (7).

No se aprecian diferencias por grupo de edad, mientras que por sexo vemos que las mujeres presentan una prevalencia de dislipidemia HDL significativamente mayor a los hombres (52,8 versus 37,6). Por grupo de edad, la diferencia por sexo se observa solo en el grupo 15-24 años (50,6 mujeres versus 27,5 en hombres) (7). Los resultados muestran que existe una gradiente significativamente creciente hasta los 64 años en la prevalencia LDL según riesgo cardiovascular. Por sexo se observa una diferencia significativa (27,2% en hombres versus 18,3% en mujeres), pero al analizar por grupo de edad la significancia se pierde (7).

Se observa una diferencia significativa en las prevalencias de HDL disminuido entre el nivel educacional alto (37,2%) versus los niveles medio (48,8%) y bajo (48,5%). Esta diferencia se mantiene al ajustar por edad y sexo (7).

Un 18,8% de la población declara haber sido diagnosticada por médico o enfermera con “colesterol alto” (7).

En cuanto a la prevalencia de triglicéridos en la población chilena, la Encuesta de Salud 2010 (7), reporta que el 17,04% de personas tienen valores mayores a 200 mg/dL y aproximadamente un 31% valores mayores a 150 mg/dL. Las diferencias significativas por sexo se presentan para las prevalencias menores a 150 mg/dL y mayores a 200 mg/dL, en los adultos entre 25 y 44 años. Los triglicéridos son un tipo de lípido que circula en el torrente sanguíneo como parte de diversos tipos de lipoproteínas en proporciones diversas (67):

- Quilomicrones, formador por 85 y 90% de triglicéridos.
- Lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL) contiene de 50 a 60%.
- Lipoproteínas de densidad intermedia que contienen entre el 20 y el 25% de triglicéridos.
- cLDL y cHDL, con alrededor del 10% cada uno.

Los niveles alterados de triglicéridos son considerados un factor de riesgo cardiovascular independiente (68), pero además se asocia a la tríada aterogénica, la cual se caracteriza por cifras elevadas de triglicéridos (hipertrigliceridemia) con lipoproteínas de alta densidad (Col-HDL) escasas y mayor proporción de partículas de lipoproteínas de baja densidad (Col-LDL) pequeñas y densas. Y el riesgo cardiovascular global puede modificarse en la medida que estas alteraciones confluyen (67).

La presencia de hipertensión y dislipidemia (por elevación del Col-Total y Col-LDL) constituyen dos de los principales factores de riesgo modificables que inciden en la enfermedad cardiovascular (69), por ello, la necesidad de realizar intervenciones dirigidas a promover modificaciones en el estilo de vida y la adquisición de hábitos saludables, ya que se ha demostrado que este tipo de intervenciones son eficaces

en la prevención cardiovascular: alimentación saludable, actividad física, control de peso y abandono de hábitos nocivos (52). Por lo tanto, entre más se actúe sobre los factores de riesgo cardiovasculares más se disminuye el riesgo cardiovascular global (52).

1.2.1.3 AUTOEFICACIA

El concepto de autoeficacia fue desarrollado dentro del marco de la Teoría Social Cognitiva, por Albert Bandura en la década de los 70, como un aspecto central de esta teoría.

La teoría social cognitiva distingue tres procesos básicos para el cambio personal (70):

- a. La adopción de nuevos patrones de comportamiento.
- b. Uso generalizado de los patrones de comportamiento bajo diferentes circunstancias.
- c. Mantenimiento en el tiempo de los patrones de comportamiento.

La teoría de la autoeficacia emergió en el contexto de una reconceptualización del aprendizaje y la motivación humana, a partir de los procesos de cambio anteriormente citados; como una manera de comprender e influir en los cambios de comportamiento (en todos los tipos de comportamientos), incluidos, los relacionados a promoción de la salud y manejo de enfermedades crónicas (70).

Esta teoría define la autoeficacia percibida como un juicio personal sobre la propia capacidad para organizar y ejecutar determinados tipos de actuaciones (70). Influye en cómo la gente siente, piensa y actúa en las diferentes situaciones que se presentan en la vida (71). Está compuesta por (72):

- Expectativas de eficacia personal (autoeficacia): convicción que tiene una persona de su capacidad para ejecutar con éxito una conducta requerida para el logro de un resultado específico.
- Expectativas de resultado: el estimado de la persona de que una conducta determinada conducirá a determinados resultados.

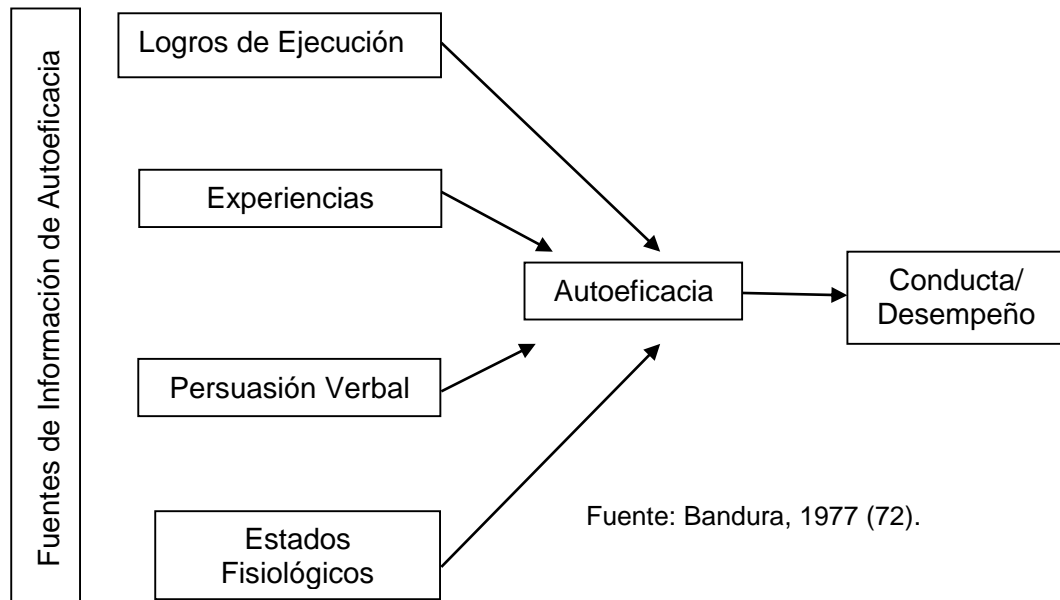
El postulado central son las expectativas de eficacia personal porque resultan esenciales para determinar: si las conductas de afrontamiento serán iniciadas, cuánto esfuerzo será dedicado al logro de los propósitos propuestos y cuánta persistencia se tendrá para afrontar los desafíos y experiencias adversas requeridas para alcanzar tales propósitos (73).

Es importante tener presente que las expectativas de autoeficacia y de resultados son cualitativamente diferentes, debido a que las personas pueden tener las vivencias, e incluso la certeza, de que un determinado modo de proceder conducirá a determinados resultados, pero si ellos tienen poca confianza en su capacidad personal para actuar y obtener el éxito (expectativas de autoeficacia) entonces sus expectativas de resultados no tendrán ningún efecto sobre su desempeño. Es por ello que lo ideal es, no sólo la coherencia entre expectativas de eficacia y expectativas de resultado, sino la coherencia entre las habilidades necesarias para la ejecución de una tarea, los incentivos necesarios para implicarse en la ejecución y las expectativas de autoeficacia (73).

A pesar de que la autoeficacia se va conformando desde los estadios tempranos del ciclo vital, es dinámica y se modifica de acuerdo con los procesos de socialización (73) y además, las conductas se ven influenciadas por los factores personales y ambientales (70).

Las expectativas de autoeficacia tienen 4 fuentes fundamentales, cuyas vías de acción se interrelacionan y se influyen, se explica en el modelo presentado a continuación (71):

Figura 1. Modelo de autoeficacia



Fuente: Bandura, 1977 (72).

El modelo de autoeficacia se explica de la siguiente manera (72):

- **Logros de Ejecución:** experiencia directa de dominio de la persona, contribuye a la formación, consolidación y mantenimiento de la autoeficacia personal.
- **Experiencias Vicarias:** basado en observaciones de cómo se desempeñan los demás en su que hacer cotidiano y las consecuencias derivadas de dicho comportamiento. El comportamiento de los otros y los efectos de su conducta puede contribuir a la efectividad de las propias capacidades. Se reconocen cuatro procesos implicados:
 - a. Proceso de atención: la persona elige lo que observa y la información que extrae de dicha observación, dependiendo de cuánto sea su identificación con el modelo y el valor que da a la situación observada.
 - b. Proceso de retención: a partir de lo recordado de la observación, la persona transforma y estructura la información obtenida.
 - c. Proceso de producción: con la información obtenida se modifica la conducta.
 - d. Proceso motivacional: la persona lleva a la práctica lo observado según la motivación con la que cuenta.
- **Persuasión Verbal:** se fundamentan su uso en procedimientos de asignación de tareas en que verbalmente se persuade a la persona sobre la capacidad que tiene para desarrollar las competencias personales, creando a la par condiciones reales en el entorno, que permitan ejecutar las tareas que confirmen las expectativas de eficacia personal verbalmente inducidas.
- **Estado Fisiológico o activación psicológica emocional:** es una señal que brinda el organismo sobre las presencia de las emociones y se traduce en estados fisiológicos positivos (sensación tranquilidad, ausencia de dolor, etc.) o estados positivos activados (miedo, ansiedad, fatiga, etc.).

La persona utiliza estas cuatro fuentes de autoeficacia dependiendo del acceso y de la auto-evaluación (selección, valoración e integración de la información) que realice de ellas, lo cual tiene relación con los factores personales, sociales, culturales y de contexto (74).

Una alta autoeficacia promueve sentimientos de seguridad, disminuyendo la magnitud de las deficiencias personales para enfrentar la situación y las dificultades posibles de encontrar, facilitando el uso de los recursos disponibles, así como también atribuyendo fracasos a falta de esfuerzo y no a falta de capacidad (70).

La autoeficacia también, tiene dimensiones de nivel, de generalidad y de fuerza.

Se explican a continuación (70):

- Nivel: grado de dificultad de la conducta que la persona se siente capaz de afrontar.
- Generalidad: generalización de la creencia de autoeficacia para enfrentar situaciones o conductas.
- Fuerza: grado de seguridad con que la persona se siente capaz de realizar una conducta.

Dichas dimensiones varían de persona a persona y se expresan de forma diferente dependiendo de la situación.

Como se puede apreciar la Teoría Social Cognitiva es congruente con la perspectiva holística de la Enfermería (75), en cuanto a la visión de salud como un constructo social, que incluye los determinantes sociales de la salud y hace un llamado a colocar dentro de la agenda prioritaria de salud el énfasis a dirigir acciones hacia la calidad de vida y los estilos de vida saludables. En congruencia con esto, la autoeficacia percibida, en ámbito de la salud, cobra importancia en la prevención de conductas riesgosas y en la promoción de conductas que van en beneficio de las personas (76). Porque se ha comprobado que factores como: conocimiento, herramientas, creencias en salud, actitudes y apoyo social; influyen el cambio de comportamiento. Sin embargo, la variable fundamental es la autoeficacia, creer que la gente puede realizar conductas específicas necesarias para el logro de sus metas (77). Adaptando las intervenciones de promoción de la salud basadas en los

conceptos de autoeficacia tomando en cuenta las variables personales, sociales y ambientales que influyen en la vida diaria de las personas usuarias de un servicio de salud determinado (78).

Es dentro de este contexto, que se considera evaluar las herramientas que poseen las personas usuarias para hacer frente a las situaciones por las que atraviesan, se convierte en información vital para incluir en la planificación de la atención de salud de manera individualizada (74), y dirigir el cambio de comportamiento hacia el fortalecimiento de factores protectores y disminución de factores de riesgo; así como las maneras más adecuadas de afrontar los procesos de salud-enfermedad.

La evaluación de la autoeficacia se puede realizar desde dos perspectivas:

- Autoeficacia específica: creencia sobre el nivel de competencia en situaciones particulares.
- Autoeficacia general: sensación de competencia total de la persona que la habilita para enfrentar nuevas tareas y hacer frente a una gran variedad de situaciones difíciles (79).

Dicha evaluación, convierte la autoeficacia en una guía para el profesional de Enfermería para desarrollar intervenciones que empoderen a las personas en los cambios de comportamiento saludables y participen de manera proactiva en el cuidado de su salud, además de usar la autoeficacia como base para guiar la investigación y la práctica, y convertirla en un soporte para la disciplina (75,79). Por ejemplo, autores señalan que los aumentos en autoeficacia contribuyen a mejorar la conducta de hacer ejercicio, lo cual sugiere ser una estrategia promisoría para Enfermería (71). También existe evidencia respecto al rol mediador de la autoeficacia en la relación entre calidad de vida relacionada con salud y el apoyo social (80). El constructo autoeficacia percibida está correlacionado positivamente con una variedad de comportamientos relacionados con salud: optimismo, autoestima, autorregulación, calidad de vida, afectos positivos, entre otros y negativamente con depresión y ansiedad (79-80).

Basado en los argumentos presentados y en las implicaciones para la disciplina sugerida por autoras, en cuanto al requerimiento de profesionales de Enfermería

que atiendan las respuestas humanas de los individuos cuando realizan intervenciones educativas y asistenciales que estimulen las percepciones de autoeficacia hacia su condición de salud-enfermedad (71), es que esta investigación incluye la autoeficacia como una variable de estudio, a evaluar de manera general y a la vez como uno de los pilares en los que se fundamenta la intervención de Enfermería dirigida al control de los factores de riesgo cardiovascular y el mejoramiento de la calidad de vida relacionada con salud.

1.2.1.4 APOYO SOCIAL

El interés por el concepto de apoyo social se origina en los años 70 como una variable primordial en estudios del área de la salud, especialmente en el afrontamiento al estrés en situaciones de crisis (81). A menudo el término apoyo social, redes sociales, integración social y vínculo social, son usados como sinónimos y pueden producir confusión a la hora de investigar, es por esta razón que para efectos de esta investigación se trabajará con el término apoyo social. Se han realizado múltiples esfuerzos para lograr consenso en conceptualizar apoyo social, lo cual se ha traducido en un sinnúmero de definiciones, todas ellas de carácter multidimensional (82-83). Se citan ejemplos en la tabla 3.

Tabla 5. Conceptos Apoyo Social

Autor y Año	Concepto Apoyo Social
Kaplan citado por Vega (81).	Lazos perdurables que desempeñan un papel importante en la integración psicológica y física de una persona.
Coob citado por Vega (81).	Representa la información dada al sujeto para que crea que es cuidado, amado, estimado y miembro de una red de obligaciones mutuas
Lin N, Ensel W, Simeone R, Kuo W, citado por Lin N et al (84).	Soporte accesible a un individuo a través de otros individuos, grupos y comunidad. Forma de estrechar relaciones con familia, amigos(as), compañeros(as) de trabajo (83).
Kahn citado por Matud et al (82).	Transacciones interpersonales que incluyen una o más expresiones de afectos positivos de una persona hacia otra, la afirmación o aval de otras personas en los comportamientos, percepciones expresadas o entrega de ayuda simbólica o material a otra persona.
Saranson citado por Vega (81).	Existencia o disponibilidad de personas con las cuales se puede confiar o contar en periodos de necesidad; quienes proveen al individuo de amor y valor personal.
Alvarado citado por Vega (81).	Ayuda importante que proviene de personas o instituciones con las que un sujeto se relaciona y que se actualiza en situaciones de pérdida o de crisis por efecto de estresores psicosociales.
Barrera citado por Vega (81).	Conexiones que las personas establecen con otros miembros que le son significativos porque le proveen ayuda en tiempos de necesidad, permitiéndole enfrentar situaciones de estrés.
Gottlieb citado por Vega (81).	Es una información verbal y no verbal, ayuda tangible por o inferida por la presencia de otras personas y que tiene efectos conductuales y emocionales beneficiosos en el receptor.
Bennet S, Perkins K, Lane M, Deer D, Brater D et al (85).	Percepción de una persona acerca de la disponibilidad de diferentes tipos de apoyo y relaciones interpersonales que tienen funciones particulares.
Daugherty J, Saamann L, Riegel B, Sernborger K, Moser D (86).	Involucra la provisión de recursos por una conexión social, un intercambio mutuo y una oportunidad para la motivación y reciprocidad de comportamiento. Se caracteriza por reconocer una dependencia entre la calidad de las relaciones interpersonales y la percepción de quienes lo reciben.
Barra citado por Vega (81).	Sentimiento de ser apreciado y valorado por otras personas y de pertenecer a una red social.
Heitman (83).	Algo positivo, potencialmente protector de salud o aspectos buffer del estrés de las relaciones interpersonales, tales como ayuda instrumental, el cuidado emocional e informacional.
Fingeld-Connett (87).	Defensor de los procesos interpersonales que están centrados en los intercambios recíprocos de información y en un contexto específico.
Fleury J, Keller C (88).	Apoyo social es definido como un intercambio de ayuda y asistencia a través de relaciones sociales y transacciones interpersonales
Gallager R, Luttik ML, Jaarsma T (89).	Las relaciones interpersonales positivas que promueven la salud y sirven de "buffer" para el estrés.

Fuente: Elaborado por la tesista

En esta investigación se construye el concepto apoyo social a partir de las definiciones anteriormente revisadas. Apoyo social es el intercambio de afectos positivos interpersonales, que permiten el establecimiento de redes de soporte, que brindan estabilidad emocional y promueven la salud.

Autores proponen operacionalizar el concepto en tres categorías, según Barrera, citado por Matud P et al (82) y Tardy, citado por Vega (81):

- a. **Red o Conexión Social:** relaciones que tienen las personas con seres significativos de su medio social y se evalúa por medio de los lazos sociales que establecen. Propicia un sentimiento psicológico de comunidad.

La incorporación de redes sociales contribuye a cambios en el estilo de vida, se menciona como ejemplo que la práctica de actividad física se facilita con el acompañamiento familiar y de amigos(as) (88). Se comprueba que las redes sociales dentro de la familia proveen el empoderamiento y el apoyo social positivo necesario, para adoptar comportamientos saludables y disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (90).

- b. **Apoyo Social Percibido:** supone que la verdadera naturaleza del apoyo social se encuentra en los procesos perceptivos de los sujetos implicados (91), porque representa la valoración cognoscitiva que hace la persona respecto a quiénes están conectados de manera fiable para los momentos de necesidad; estas personas constituyen para el sujeto recursos disponibles para situaciones problemáticas, lo que le proporciona seguridad dentro y fuera de las situaciones estresantes. Se evalúa preguntando a la persona en qué medida creen que disponen de apoyo social. Es el que tiene más impacto en la salud. Por ejemplo, se ha encontrado que usuarios/as con enfermedades crónicas, con un alto nivel de satisfacción en relación al apoyo social percibido presentan un mejor grado de adaptación a la enfermedad y que tal percepción (disponer de apoyo), las protege de los efectos negativos que produce en la salud los eventos estresantes (81).

- c. **Apoyo Social Recibido:** simboliza las acciones de soporte, la ayuda efectiva y las acciones que recibe de los otros en momentos de necesidades. Se

evalúa por medio de la observación directa o preguntando a la persona si han recibido determinadas conductas de apoyo.

Se distinguen cuatro tipos distintos de apoyo social (87-88).

- a) **Apoyo Emocional:** representa la sensación percibida por el individuo en la que puede contar con alguien, y sentirse acompañado socialmente. Incluye expresiones de empatía, sinceridad, afecto, confianza, seguridad, esperanza, confort emocional y cuidado. Es operacionalizado en salud a través del soporte verbal al compartir experiencias (82-87).
- b) **Apoyo Instrumental:** Prestación de ayuda o asistencia material. Se operacionaliza en salud con la oferta de actividades específicas que brindan servicios específicos de acuerdo a las necesidades y aportan material de interés (82).
- c) **Apoyo Percibido:** información para autoevaluar consistencia del discurso, por medio del feedback, para revisar y reafirmar metas propuestas y actividades de automonitoreo (83).
- d) **Apoyo Informativo:** también conocido como consejo o guía cognitiva, que ayuda a definir y enfrentar los eventos problemáticos mediante asesoramiento por parte de la red social. Operacionalizado con la asesoría que brinda el profesional de salud, al aportar información pertinente a la situación, que constituya una ayuda práctica y concreta (82).

Existen dos perspectivas con respecto a la conceptualización y evaluación del apoyo social (92):

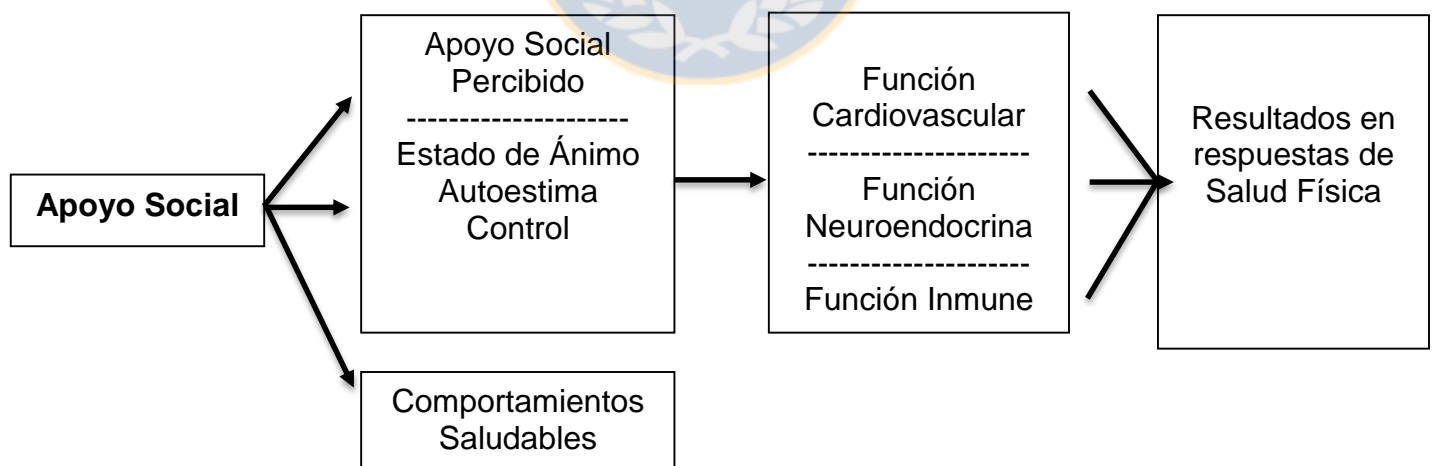
- a) Cuantitativa-estructural (o de integración social): se centra en la cantidad de vínculos que existen en la red o conexión social del individuo (por ejemplo, estatus marital, cantidad de amigos(as) y participación comunitaria).
- b) Cualitativa-funcional: privilegia la existencia de relaciones cercanas y significativas, así como la evaluación que hace el individuo del apoyo disponible (por ejemplo, calidad marital, intimidad de relaciones y satisfacción de necesidades personales).

La distinción anterior, sería en gran medida equivalente a la diferenciación entre apoyo social recibido (tiene que ver con características de la red social en términos de estructura y funciones) y apoyo social percibido (apreciación subjetiva que el individuo hace respecto de la adecuación del apoyo proporcionado por la red social) (81):

Apoyo social es una variable que influye en el estatus funcional, en la percepción de salud y en la totalidad de la calidad de vida; por lo tanto, incrementar el apoyo social es una manera de mejorar la calidad de vida relacionada con salud (85).

Autores, aportan evidencia de la influencia del apoyo social en los procesos psicológicos y fisiológicos, tales como: baja de presión arterial se asocia con altos niveles de apoyo social; a mayor apoyo social menores niveles de depresión y mayor autoeficacia; niveles altos de apoyo social se relacionan con bajos niveles hormonales del estrés tales como cortisol y catecolaminas asociado a fuertes respuestas del sistema inmune, por lo tanto, propicia la protección contra enfermedades cardiovasculares (83-93).

Figura 2. Modelo simplificado de cómo el apoyo social puede influir los resultados de la salud física.



Fuente: Uchino B, Uno D, Holt-Lunstad J. 1999 (93).

Apoyo social puede motivar directamente a que los individuos aumenten las prácticas saludables. Es por este motivo que se desarrollan intervenciones en apoyo social para asistir a las personas a que desarrollen herramientas para que activen las conexiones sociales y el apoyo social percibido, con el fin de emplearlo para hacer cambios en el comportamiento, como por ejemplo reducción de factores de riesgo cardiovascular (86). Se recomienda que las intervenciones dirigidas a reducir la incidencia de enfermedades cardiovasculares consideren la incorporación del apoyo social (90) e incluyan sus características de aplicación (86): escucha, muestra de sentimientos, empoderamiento y participación en actividades articuladas.

Gottlieb citado por Vega (81), enumera las razones por las que el apoyo social ha tenido tanto auge en las intervenciones:

- Los efectos positivos que el apoyo social tiene sobre la salud y el bienestar.
- Movilizan recursos informales promoviendo la participación.
- Promueven la validez ecológica y resultan más accesibles.
- Indicadas en una amplia gama de problemas sociales y factores de riesgo físico.
- Aumentan la capacidad de afrontar situaciones de estrés, aumenta la autoresponsabilización y competencias personales.

El papel preponderante del profesional de Enfermería en el trabajo con apoyo social, consiste en evaluar a las personas en cuanto al apoyo percibido, con el objetivo de brindar asistencia individual para que las personas reconozcan el potencial que tienen al desarrollar el apoyo social para disminuir los factores de riesgo cardiovascular y empoderarse positivamente de los comportamientos saludables y cambios en comportamientos no saludables (83).

1.2.1.5 TEORÍA HUMANBECOMING ROSEMARIE RIZZO PARSE

La teoría planteada por Rosemarie Rizzo Parse emerge a principios de los años 80, en el contexto anglosajón, específicamente en la Universidad de Duquesne en Pittsburg, Estados Unidos. Nace como respuesta desde la Enfermería al movimiento global que apelaba al individualismo y a la reducción de servicios de salud por la recesión económica (20). Propone un ejercicio disciplinar desde un paradigma de simultaneidad o transformación, que brinda una alternativa a los paradigmas imperantes: positivista (salud como ausencia de enfermedad) y de integración (salud como algo bio-psico-social-espiritual) (94). En la actualidad, nombra al paradigma que guía a esta teoría *Humanuniverse* (95).

Esta teoría fue publicada por primera vez con el nombre *Hombre-Vida-Salud: Una Teoría de Enfermería (Man-Living-Health: A Theory of Nursing)* (96), enmarcada como ciencia humana, fundamentada en lo propuesto por Dilthey y Gadamer. Además toma los principios de la filosofía existencialista de Heidegger, Sartre y Merleau-Ponty (97) y desde la Enfermería toma como referencia la Teoría del Ser Humano Unificado de Rogers. Es de este modo que esta teoría define su ciencia y su arte centrada en la vivencia de experiencias universales: vivir con expectativas de cambio, esperanza, miedo, alegría, satisfacción, seguridad, sufrimiento, entre otros; como fenómenos de la calidad de vida y salud (98).

A través del tiempo la teoría ha mantenido su esencia, aunque su autora ha realizado modificaciones que corresponden a la profundización de su estudio en la fundamentación y evolución filosófica de la misma. Por esta razón, es que en 1992 la teoría fue renombrada Teoría de la Evolución Humana o del Desarrollo Humano (*The Human Becoming Theory*) (96).

En 1998 Rosemarie Rizzo Parse identifica *Human Becoming* como una escuela de pensamiento, por haberse convertido en un punto de vista teórico que tiene una comunidad de estudiosos de la teoría, que expone ideas innovadoras y visionarias acerca de la Enfermería y la forma de brindar atención (97). Direcciona una ontología compuesta por supuestos, postulados y principios con conceptos y paradojas, que se basan en la interrelación ser humano-entorno; una epistemología

que focaliza en la investigación formal de los fenómenos universales de salud y calidad de vida que son vividos por las personas en diferentes momentos de la vida, con el fin de conceptualizarlos y contribuir a la práctica de la Enfermería; para lo cual cuenta con tres metodologías que buscan la forma de acercar la investigación a la práctica.

Posteriormente, en el 2007, producto del agitado contexto de la sociedad actual, del gran desarrollo tecnológico y de la importancia del costo–efectividad en el sistema de salud, Parse reforma su teoría clarificando los principios y enfatizando en la idea de co-creación, lo que le permitió realizar un nuevo cambio al nombre de la teoría: acopló las palabras *ser humano (human)* y *evolución (becoming)* y lo volvió indivisible *Humanbecoming* (99), respondiendo a una total congruencia con su fundamentación filosófica.

Los metaparadigmas de la Teoría *Humanbecoming* son los siguientes:

- Enfermería: ciencia que brinda un servicio a la humanidad, tiene como razón principal al ser humano en interrelación directa con el entorno, la calidad de vida y la salud (100).
- Salud: proceso evolutivo que surge a partir de las experiencias vividas, además involucra la calidad de vida desde la conceptualización individual de cada grupo o persona, de acuerdo a sus valores y modos de vida.
- Persona: ser humano que convive con una serie de miradas diferentes, que le permiten ver el mundo y explicar las situaciones que se presentan en su contexto. Ante esto, la persona es un ser con apertura para el conocimiento, que va creando sus propias percepciones, a partir de las cuales toma decisiones y desarrolla capacidades de elección.
- Entorno: la interrelación ser humano-entorno está mediada por procesos relacionados con costumbres, relaciones interpersonales, valores, contacto con los diferentes contextos (familiar, laboral, social, entre otros) y los fenómenos que se estructuran a partir de la experiencia de vida (miedo, alegría, esperanza, paz, seguridad, expectativas de cambio, satisfacción, entre otras) (101-102). Por lo tanto, el ser humano y el entorno son inseparables.

Los cuatro supuestos son afirmaciones filosóficas que reflejan la forma de conceptualizar las creencias acerca del ser humano, el universo y la salud planteadas por la *Teoría Humanbecoming* (103):

1-*Humanbecoming* es estructurar significados y tomar decisiones en las situaciones de salud.

Este primer supuesto se aplica cuando una persona acude al sistema de salud a consultar sobre su situación y por lo general, se le solicita modificar su estilo de vida y desde esta teoría se establece lo que los autores llaman un “pacto-compromiso” entre la persona usuaria y el profesional de Enfermería; este “pacto-compromiso” debe incorporar lo que significa para la persona implementar esas modificaciones recomendadas, con el fin de tomar decisiones basadas en su realidad, con el fin de que la/el Enfermera/o no se sienta frustrada/o en cuanto a los resultados que obtiene (104).

2-*Humanbecoming* es configurar los patrones rítmicos de relación con el universo humano (*humanuniverse*).

Se destaca cuando las/os profesionales de Enfermería ayudan a las personas usuarias al desarrollo de sus posibilidades para que encuentren sus propias soluciones, sobre todo cuando se trabaja con personas con enfermedades crónicas. La configuración de los patrones rítmicos se relaciona con el acompañamiento que brinda el/la enfermero/a en las diferentes emociones por las que transita la persona usuaria: alegrías, desánimo, entre otros (104).

3-*Humanbecoming* es co-trascender ilimitadamente con las posibilidades que emergen.

Se refiere a la inclusión en el plan de cuidados de las esperanzas y los proyectos de la persona con la que se trabaja (104).

4-*Humanbecoming* es co-crear en el universo humano (*humanuniverse*) una sinfonía perfecta.

Se ejecuta este supuesto cuando la/el enfermera/o colabora con las personas a entender, imaginar y/o sentir, lo que les implica modificar sus patrones de salud, cambiando la prioridad de sus valores (104).

Por otra parte, la Teoría le otorga a la Escuela del Pensamiento cuatro postulados, con el fin de promover la comprensión del desarrollo humano (96):

- a) **Infinito:** el conocimiento en el ser humano es indivisible e ilimitado, se forma a partir de las experiencias de vida, las cuales involucran desarrollo personal (96).
- b) **Paradoja:** Se entiende paradoja como una figura retórica que consiste en la unión de dos ideas que aparentemente, en un principio parecen imposibles de concordar (105). Son vivencias rítmicas. Es decir, en el desarrollo humano hay momentos donde existe conexión con otros y el universo, mientras que al mismo tiempo puede existir separación y soledad (96).
- c) **Libertad:** es contextualmente construir liberación. La elección de seguir adelante, dejando de “cargar” con asuntos que no son nuestra responsabilidad se convierte en liberación personal.
- d) **Misterio:** es lo inexplicable, lo que no es completamente conocido en la vida y va ligado con la evolución humana.

De los cuatro supuestos y las cuatro paradojas emergen tres temas: significado, ritmicidad y transcendencia. Cada tema conduce a un principio y cada principio es específico con tres conceptos y sus paradojas (96-98).

Principio 1: Estructurando Significados. Trata de dar respuesta a la interrogante ¿cómo los seres humanos estructuran el significado de su realidad? La respuesta se divide en dos: proyección de la imagen y el valor del lenguaje (96-98).

Los significados son una realidad personal que continuamente se estructuran y son diferentes en el pasado y en el presente, lo que incide en el futuro (96). El ser humano co-crea la realidad a través de la conexión con las personas, tecnología y con diversas formas de arte. Es la manera en que el ser humano vive su realidad. Es necesario conocer cómo estructuran las personas usuarias el significado de su realidad, porque esto es lo que les da el propósito de vida y la posibilidad de explorar alternativas de cambio (96-98). Por lo tanto, se requiere comprender algunos conceptos como; imagen, valoración y lenguaje, con sus respectivas paradojas; ya que en conjunto son los que forman la estructura del significado:

- a) Imagen: es mostrar la realidad personal a través del conocimiento explícito-tácito, esto es hacer real las ideas o eventos (106).
- b) La paradoja de este concepto es: Explicito-tácito. Esto significa poder expresar con palabras lo que es conocido, pero también lo que no es conocido. La imagen de la realidad personal se extiende al lenguaje y la valoración (106). Esto se ejemplifica cuando una persona ingresa a un servicio y la/el enfermera/o que lo recibe junto con realizar los procedimientos requeridos, se interesa por explorar los sentimientos y pensamientos. Cuando la/el enfermera/o logra un proceso de apertura en la persona usuaria, ésta puede descubrir nuevos aspectos de sí misma en ese momento: ¿Por qué reacciona de ese modo? ¿Cuál es su mayor preocupación? Lo cual, no es explícitamente conocido anteriormente.
- c) Valoración: es el proceso de elegir y vivir con las creencias que apreciamos. La paradoja de valorar es: confirmar- no confirmar (96). Es decir, en ocasiones se elige de manera simultánea de acuerdo a las creencias y otras veces en contra de las creencias. Las creencias que más se aprecian se hacen realidad a través de la imagen que se proyecta y son expresadas a través del lenguaje (107).
- d) Lenguaje: expresa el significado a través de hablar-estar en silencio (lenguaje verbal), de moverse-estar quieto (lenguaje no verbal). Como las personas se interrelacionan con otros y el universo, los ritmos paradójicos de hablar-estar en silencio y moverse-estar quieto simultáneamente vislumbran una realidad personal de los valores que rigen a cada individuo (96).

Principio 2: Configuración de Patrones Rítmicos. Se refiere a las paradojas de las experiencias humanas (96-98). Su función es invitar a la reflexión. Los ritmos paradójicos son revelación-ocultación, permitir-limitar y conexión-separación.

- a) Revelación-Ocultación: está unida a la paradoja desenmascarar-enmascarar. Siempre hay más que decir y más que conocer de nosotros mismos y sobre los demás. A veces transmitimos mensajes muy claros y otras veces no. Algunos aspectos de la realidad y la experiencia se han ocultado (98).

- b) Permitir-limitar: está unida a la paradoja potenciar-restringuir. Esto es acerca de abrir y cerrar puertas al hacer elecciones en la vida (96). Cada elección que se hace significa infinitas posibilidades como también limitaciones. No se pueden realizar todas las posibilidades a la vez.
- c) Conexión-Separación: está unida a la paradoja atender-distanciarse. Este es el proceso de moverse en una dirección y alejarse de otras. Formas en que las personas crean pautas para conectarse y separarse de la gente, de los proyectos o de las situaciones (97).

Principio 3. Co-trascendencia. Es movilizarse más allá, con las posibilidades que surgen, lo cual permite co-crear con otros y el universo (96). Movilizarse más allá, significa atreverse a tomar decisiones entre un sinnúmero de posibilidades y esas decisiones involucran cambios en la vida. Esto ocurre porque el ser humano no es estático, siempre está en un proceso de evolución, por lo que las posibilidades de cambio se presentan a diario. Son las maneras infinitas que existen para ser y evolucionar dentro de las situaciones. Cuando se elige, las posibilidades son actualizadas y emergen nuevas, entre las cuales uno elige otra vez (108). Los conceptos que desarrolla este principio son:

- a) Poder: Se refiere a la fuerza y energía que impulsa al ser humano a vivir. Este concepto está conectado con las paradojas: emprender-resistir, comprobar –no comprobar y ser-no ser (96). El poder, transmite el significado de lucha y perseverancia en la vida, es lo que otorga la voluntad de continuar a pesar de las dificultades que se enfrenten. Comprende la capacidad de mirar el conflicto como la oportunidad de aclarar el significado y los valores, así como una manera de generar esperanzas y sueños. Las/os enfermeras/os pueden potenciar el poder cuando acompañan a las personas usuarias en el proceso de mirar el conflicto como una oportunidad para realizar cambios favorables en su calidad de vida, los cuales le brinden mayor bienestar (98). Pero también, el poder se evidencia en el afrontamiento que realizan los profesionales de Enfermería ante las adversidades que presentan los sistemas de salud (109).

- b) Origen: es la creación personal, que conecta con personas y proyectos y da la posibilidad de movilizarse más allá de lo establecido. Las paradojas son adaptación-no adaptación (las personas buscan ser como otros y diferentes) y certeza-incertidumbre (reinventarse). Ambos son resultado de las elecciones que se toman en la vida (96-108).
- c) Transformación: es el proceso de trascendencia, lo cual indica que la persona se esforzó para tener claridad del rumbo que desea dar a su vida, para lo cual logra tomar decisiones de forma segura y con disposición para asumir las consecuencias tanto positivas como negativas. La paradoja es lo Familiar-No familiar (96).

En las situaciones de la vida diaria, cada principio con sus conceptos y paradojas actúan de manera simultánea, por lo tanto, para el profesional de Enfermería aplicar los principios significa respetar a las personas, sus valores y creencias, ya que ellos son; independientemente de sus habilidades personales, méritos, estatus social, facilidad de palabra, de su condición de salud o edad.

Es importante comprender que los supuestos, postulados y principios con sus conceptos y paradojas que conforman la ontología de la Escuela del Pensamiento, se derivan de la Teoría *Humanbecoming* (Tabla 4).

Tabla 6. *Humanbecoming* supuestos, postulados, principios, conceptos y paradojas

Supuestos	Postulados	Principios	Conceptos y Paradojas
1- <i>Humanbecoming</i> es estructurar significados y tomar decisiones en las situaciones de salud.	Infinito Paradoja Libertad Misterio	Estructurando Significados	Imagen Valoración Lenguaje
2- <i>Humanbecoming</i> es configurar los patrones rítmicos de relación con el universo humano (<i>humanuniverse</i>).		Configuración de Patrones Rítmicos	Revelación-Ocultación Permitir-limitar Conexión-Separación
3- <i>Humanbecoming</i> es co-trascender ilimitadamente con las posibilidades que emergen.		Co-trascendencia	Poder Origen Transformación
4- <i>Humanbecoming</i> es co-crear en el universo humano (<i>humanuniverse</i>) una sinfonía perfecta.			

Fuente: Traducido al español y modificado por las autoras. Parse, R. 2011 (103).

Para entender esta visión se requiere de una mentalidad dispuesta a reconocer que el ser humano no puede ser reducido, ya que la persona es más que la suma de sus partes bio-psico-social-espiritual; pues el ser humano se caracteriza por tener patrones de relación con ellos mismos, con otros y el universo; le otorga un papel activo y co-participativo en la vivencia de la salud, con la total potestad para elegir cómo vivir su salud (95). Por lo tanto, desde este enfoque el ser, hacer y saber del profesional de Enfermería tiene un fin bien definido, distinto al tradicional, ya que se centra en la relación con el ser humano y fija como meta profesional el logro de vivir con calidad y salud (95), es decir, con bienestar, desde la perspectiva que posee el individuo y su familia -entendiendo familia como las personas con las que se tiene una relación estrecha- (37). Y en el estudio de los fenómenos universales de vida, como por ejemplo: la experiencia de vivir con expectativas de cambio.

Experiencia Universal: Vivir con expectativas de cambio

Autores estudiaron el fenómeno universal “esperanza”, con el fin de descubrir su influencia en la calidad de vida y salud, a través de la realización de trece investigaciones con el método de Parse, con participantes que atravesaban por momentos de vida diversos, identificaron conceptos de interés y posibles fenómenos de investigación, a partir de dichos conceptos (37). De los conceptos principales identificados se encuentran: esperanza persistente; anticipando las posibilidades de alcanzar el objetivo, vislumbrando lo posible, dibujando los logros y expandiendo el horizonte; de estos conceptos surgió el fenómeno a estudiar “vivir con expectativas de cambio”.

Enfermería ha descrito *vivir con expectativas de cambio* como un fenómeno universal e integral, que constituye una experiencia de vida del ser humano, relacionada con un proceso de transición, que se refiere al cambio constante que se afronta en la vida en un tiempo y espacio determinado; el cambio implica toma de decisiones valorando lo que fue y lo que podría ser, en cuando a elegir cuándo desplazarse de una situación a otra, de un comportamiento a otro o de una actitud a otra, en la vida; de acuerdo con el significado que le otorga la persona a lo conocido y a lo desconocido (38). Es por ello, que tiene significado para la salud y la calidad de vida (37-38,110).

Parse conceptualiza *vivir con expectativas de cambio*, de la siguiente manera: “*Estar con y alejarse de lo familiar y lo no familiar desplazándose entre la certeza y la incertidumbre, para anticiparse a las posibilidades. Es una manera de administrar el cambio (37-38)*”.

Se explica a continuación:

- *Estar con y alejarse de lo familiar y lo no familiar*: involucra que la persona tome el riesgo de abandonar lo que es conocido y confortable (lo familiar), mientras se desplaza hacia lo nuevo y no confortable (lo no familiar). Los seres humanos luchan por incorporar lo familiar con lo que no es familiar y viceversa, en diferentes situaciones en la vida. De esta lucha emergen posibilidades únicas,

convirtiéndose en transformaciones que conectan y separan al mismo tiempo con lo conocido (38).

- *Certeza y la incertidumbre*: es la paradoja de vivir con lo conocido y a la vez con la ambigüedad de vivir con lo que fue, es y será desconocido. Esto involucra tomar decisiones sin explicitar lo no conocido. Las personas encuentran nuevos significados y maneras de estar en continuo cambio (38).
- *Anticiparse a las posibilidades*: es vislumbrar lo que podría construirse como realidad, a partir de la significancia que se asigna a las experiencias de cambio. El ser humano construye una realidad personal consistente con su visión de mundo. El proceso de construcción de esa realidad personal, incluye: las posibilidades imaginadas más allá de lo que es y las opciones que surgen, a partir de esto, la persona tiene que tomar elecciones personales, de tales elecciones se conforma la realidad y se contextualizan las situaciones (38).

Se menciona en la literatura de Enfermería que las expectativas de cambio tienen dos características que lo distinguen:

- Cambio: es inherente a la experiencia de vivir, se presenta a través del cuestionamiento, que busca respuestas que den significado y valor a determinadas situaciones o actuaciones. Es por esta razón, que se sugiere la importancia de considerar la percepción de cambio desde la perspectiva individual (111).
- a. Expectativas: autores sugieren que la expectativa está conceptualmente unida con la esperanza u optimismo y que identifican una orientación futura y expectativa positiva como atributos claves de la esperanza. Cuando Parse estudió el fenómeno de la esperanza en 130 personas, destacó que todos los participantes tenían expectativas de que sus vidas fueran diferentes, lo cual refleja una conciencia de un proceso de cambio (101).

Asimismo, dentro del estudio del fenómeno *vivir con expectativas de cambio*, la profesión de Enfermería, debe incorporar la temática de la tecnología en el acceso y transmisión de la información, pues es un medio que facilita el cambio, al proveer la capacidad de que las personas tengan acceso de manera fácil y ágil a gran

cantidad de información, permitiendo la toma de decisiones para cambiar patrones de salud (38-111). Se debe tener presente cuándo y cómo las personas usan ese conocimiento e información para cambiar y cocrear la realidad (111).

Lo expuesto anteriormente, ubica al fenómeno *vivir con expectativas de cambio* como un tema de interés a trabajar con las personas con factores de riesgo cardiovascular (hipertensos-niveles alterados de colesterol-sobrepeso), ya que un diagnóstico que implique riesgo para la salud, constituye una experiencia de vida para estas personas, que las lleva a un proceso de transición ubicado en un tiempo y espacio determinado, que involucra cambio en su estilo de vida y para lo cual se deben tomar decisiones a partir de las prácticas y modo de vida anterior y lo que podrían ser sus prácticas y modo de vida a partir del presente y futuro. Es clave para el profesional de Enfermería conocer el significado que le otorga la persona a lo que conoce respecto a esta situación a partir de su historia de vida y su conocimiento, así como las dudas a las que se enfrentan, que les generan desconocimiento; para ello debe encontrarse respuesta a las interrogantes ¿considera importante cambiar?, ¿cómo se van a desplazar las personas hacia el cambio?, ¿están dispuestas a cambiar?, ¿cuáles obstáculos enfrentan para cambiar?, ¿cuáles expectativas tienen?, ¿con cuáles oportunidades cuentan para realizar cambios? Por ejemplo: si uno de los cambios es implementar la práctica sistemática de actividad física o modificar su dieta, llevan implícito en algunas ocasiones dejar una zona de confort y enfrentarse a nuevas formas de vida, que van a diseñar una nueva realidad e incluye tener respuesta a las preguntas planteadas.

Conocer este fenómeno desde el significado individual que le otorgan los individuos a la vivencia de esta experiencia otorga al profesional de Enfermería las herramientas necesarias para brindar una atención que entregue respuestas oportunas y acorde con las necesidades de las personas, desde el respeto; dando énfasis a cocrear la realidad, a partir de incentivar cambios positivos por medio de la toma de decisiones. Lo anterior, se relaciona directamente con la calidad de vida relacionada con salud.

Se resume el método de Parse aplicado a esta investigación, a través de la tabla 5:

Tabla 7: Resumen Método de Parse para esta investigación en Enfermería

Bases de la Investigación	
Propósito	Avanzar en el conocimiento de Enfermería en la Atención Primaria en lo que respecta CVRS.
Fenómeno	La descripción de la experiencia de vivir con expectativas de cambio.
Proceso	Intervención dialógica Extracción-Síntesis Interpretación Heurística
Descubrimiento	La estructura de la experiencia de <i>vivir con expectativas de cambio</i> y su influencia en la calidad de vida de personas con factores de riesgo cardiovascular.
Contribuciones	Nuevos conocimientos y comprensiones de las experiencias de vida de las personas como guía para la práctica y futuras investigaciones.

Fuente: Adaptación Parse, 2003 (98).

Esta intervención estará posicionada en el paradigma de la Transformación o Simultaneidad (94), el cual define salud como un valor y una experiencia que cada persona vive desde una perspectiva diferente, va más allá de la enfermedad, engloba la unidad ser humano-entorno. Donde la persona es un todo indivisible, indisoluble de su universo, en relación mutua y simultánea con el entorno cambiante (112). Lo que orienta el cuidado a la consecución del bienestar de la persona, tal y como ella lo define. De este modo, la intervención de Enfermería supone respeto e interacción del que ambos, persona-profesional de enfermería, se benefician para desarrollar el potencial propio. Esto es congruente con el marco conceptual de autoeficacia y de apoyo social presentado, variables que se trabajarán desde el fortalecimiento de las mismas, con el fin de incidir en el control de los factores de riesgo cardiovascular y la mejora de la calidad de vida de personas usuarias del programa de salud cardiovascular de los Centros de Salud de Concepción.

1.2.2 MARCO EMPÍRICO

Para la presente investigación se realizó una búsqueda exhaustiva de investigaciones relacionadas con la efectividad de intervenciones para el control de factores cardiovasculares y mejoramiento de la calidad de vida relacionada con salud, fortaleciendo autoeficacia y apoyo social. La búsqueda se realizó en las bases de datos: Web of Science, Science direct, Pubmed, Medline, Scielo, Lilacs y además en revistas impresas en la Biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción y en la Biblioteca de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Los años revisados corresponden al periodo de 1994 hasta la fecha.

1.2.2.1 INTERVENCIONES PARA EL CONTROL DE FRC Y MEJORAMIENTO DE LA CVRS, FORTALECIENDO AUTOEFICACIA Y APOYO SOCIAL

Diferentes profesionales han abordado el estudio de factores de riesgo cardiovascular, los hallazgos resaltan los efectos positivos que obtienen las personas participantes de las intervenciones. Es así como equipos profesionales se fijaron como objetivo evaluar la efectividad de las intervenciones de estilo de vida para reducir enfermedades cardiovasculares y factores de riesgo entre adultos trabajadores, por medio de una revisión sistemática de ensayos clínicos controlados randomizados de varias intervenciones en estilo de vida (alimentación, ejercicio, cesación de tabaco, reducción del consumo de alcohol) por un año (113). Fueron analizados los resultados de veintiuna intervenciones de un solo factor de riesgo y veintiuna intervenciones multifactoriales. Tanto las intervenciones dirigidas a un solo factor de riesgo como las intervenciones multifactoriales hallaron reducción de mortalidad y morbilidad. Pero las intervenciones multifactoriales además disminuyeron niveles de colesterol; con lo que se concluye que dichas intervenciones son más óptimas.

Otro grupo evaluó la efectividad de una intervención multifactorial adaptada a estilo de vida en un Centro de Atención Primaria en Finlandia para individuos con alto riesgo de enfermedad cardiovascular (114). El estudio fue un ensayo randomizado

controlado conducido por 24 meses, con evaluaciones intermedias a los 6 y 12 meses, con grupo control y grupo de intervención. Los resultados en el puntaje en riesgo cardiovascular disminuyeron en el grupo de intervención, al igual que el índice de masa corporal y el colesterol total; mientras que el ejercicio incrementó. Pero estas diferencias no fueron significativas. Concluyen que es importante realizar más estudios sobre el tema y priorizar en la atención primaria hacia el control de los factores de riesgo cardiovasculares.

Equipos investigadores de los Centros de Salud de Valencia, España, realizaron un estudio que tuvo como objetivo evaluar la modificación de los factores de riesgo y del riesgo coronario en adultos, tras un período de entre 1 y 5 años en personas procedentes de una consulta de medicina general (115). Fue un estudio multicéntrico de intervención sin asignación aleatoria y con evaluación antes y después. La intervención consistió en consejo mínimo para abandonar tabaco y consumo excesivo de alcohol, medidas educacionales y farmacológicas para reducir colesterol y presión arterial. Las mediciones consistieron en toma de la presión arterial, colesterol, peso, consumo tabaco y alcohol. Se encontraron como resultados una escasa repercusión de las intervenciones realizadas para reducir el riesgo coronario o los factores de riesgo en la población total. La utilidad principal de los programas de prevención cardiovascular y multifactoriales estribaría en la detección de los pacientes de alto riesgo para, posteriormente, intervenir sobre ellos. La reducción del riesgo coronario en la población total estudiada ha sido escasa.

Dichos resultados concuerdan con lo establecido por autores, en lo referente a tratamientos médicos, está demostrado que son eficaces en reducir la glicemia, el colesterol y la presión arterial, pero que por sí solos no logran impedir las complicaciones y secuelas de este grupo de enfermedades. La verdadera respuesta a este problema radica en lograr adherencia a los tratamientos y cambios en las conductas de los afectados y para esto, se requiere intervenciones complejas que apunten hacia estos objetivos (10).

Hallazgos de intervenciones dirigidas al control de factores de riesgo cardiovascular y mejoramiento de la calidad de vida relacionada con salud, realizadas por diversos profesionales donde interviene el profesional de Enfermería, se presentan a continuación:

Un estudio tuvo como objetivo evaluar los efectos de un programa de intervención en estilo de vida en centros de atención primaria, dirigido a personas riesgo alto y moderado de padecer enfermedad cardiovascular, en términos de factores de riesgo, actividad física y calidad de vida (116). Fue un ensayo clínico randomizado y controlado por un año, en un centro de atención primaria del Norte de Suiza. Un total de 151 participantes, entre hombres y mujeres, con hipertensión, dislipidemia, diabetes tipo 2, o obesidad. Grupo de intervención (n = 75) y el grupo control (n = 76), un total de 123 sujetos completaron la intervención. La cual consistió en ejercicio de resistencia supervisado y circuito de entrenamiento en grupos, tres veces por semana por tres meses. En cuanto al tema de nutrición: se conformaron cinco sesiones grupales de consejería de alimentación con una nutricionista. Después, fueron conducidas mensualmente sesiones de psicoterapia. Los resultados obtenidos después de un año de intervención incrementaron significativamente la CVRS y la actividad física en el grupo intervenido; disminuyeron significativamente la presión arterial sistólica y diastólica, la circunferencia de cadera y cintura, índice de masa corporal, triglicéridos y hemoglobina glicosilada. Concluye que un programa de este tipo favorece el control de factores de riesgo cardiovascular y no debe ser menor a un año.

Otras intervenciones llevadas a cabo por equipos interdisciplinarios, donde participan profesionales de Enfermería, destacaron que la intervención era desarrollada por los profesionales sanitarios de los centros de atención primaria, para lo cual realizaron una capacitación previa a quienes desarrollaban el proceso de intervención. Investigadores evaluaron la efectividad de una intervención realizada por profesionales sanitarios, basada en mejora de la calidad de atención y dirigida a reducir riesgo cardiovascular en personas con hipertensión (117). Fue llevado a cabo en dos centros de salud de atención primaria, urbanos de

Salamanca, España. Con participantes seleccionados por muestreo aleatorio estratificado de 1.000 hipertensos de los dos centros de salud. Un centro fue asignado para recibir una intervención de mejora de calidad y el otro, la atención habitual (control). La intervención de mejora de calidad consistió en un programa combinado para el personal sanitario que incluyó: feedback, sesiones de formación e implementación de guías clínicas. Los resultados obtenidos reflejan que el riesgo coronario absoluto decreció en el grupo de intervención, sin diferencias en el grupo control. Como puede observarse, hay evidencia de que la intervención fue efectiva en el descenso del riesgo coronario y el riesgo de mortalidad cardiovascular en personas hipertensas.

Recientemente, se publicaron los resultados del programa “Salud para su Corazón”, el cual se basa en aumentar conocimientos y comportamientos saludables entre los residentes Latinos que viven en Estados Unidos y tiene como objetivo la salud cardiovascular, incorporando el aspecto cultural de las siete comunidades con las que trabaja (118). El equipo de salud de los Centros de Salud comunal entrenó un grupo de “Promotoras” (personas de la misma comunidad); el cual a través de un manual de 10 sesiones enseñó a los participantes de la comunidad sobre factores y habilidades de riesgo de la enfermedad cardíaca para alcanzar comportamientos saludables para el corazón. Participaron 435 personas con un pre-test y pos-test. Los resultados evidenciaron aumento en la práctica de actividad física (57%-78%), conocimiento de la salud del corazón (49%-76%) e incorporación de preparación de alimentos saludables (66%-81%).

Diferentes investigaciones de equipos profesionales incorporan la intervención telefónica y por internet a la temática de salud cardiovascular; por ejemplo, una investigación realizada en Holanda con trabajadores de siete compañías diferentes, sobre un programa de intervención en consejería en estilos de vida, que trabajaban no menos de ocho horas y con acceso a internet (119). El objetivo del estudio fue evaluar los efectos de una intervención en estilos de vida en factores de riesgo cardiovascular a los 6 y 24 meses. Un segundo objetivo fue estudiar si estos efectos se diferenciaron entre la intervención telefónica y la de internet; y si la adherencia a

la intervención fue influenciada por estos efectos. Se midió a través de medidas antropométricas (índice de masa corporal, pliegues cutáneos de codo y circunferencia de cintura), presión arterial y colesterol total. Diez módulos direccionaban la enseñanza de estrategias (auto-monitoreo y cumplimiento de metas) para la modificación de estilos de vida en actividad física y nutrición. Se randomizaron en tres grupos, un grupo con intervención telefónica, otro grupo con intervención con internet y un grupo control.

Las medidas mostraron que hubo efectos significativos en la condición física a favor del grupo con intervención telefónica a los 6 meses. Pero a los 24 meses el efecto fue para la intervención por internet, con una pérdida de peso de 1.1 kg. Encontraron evidencia que a los 6 meses fue más efectiva la intervención telefónica y a los 24 meses la consejería por internet porque las presentaciones pueden ser repasadas en diferentes momentos. Mencionan que la falta de contacto con las personas, es percibida por el usuario/a como impersonal o se traduce en una falta de apoyo social, sobre todo en el método por internet. Las conclusiones del estudio señalan la limitada evidencia sobre efectividad en intervenciones en estilos de vida, en términos de cambio a corto y largo plazo en factores de riesgo cardiovascular en trabajadores aparentemente saludables con sobrepeso; por eso es necesario continuar investigando al respecto.

Continuando con las intervenciones telefónicas, se encuentra la que desarrollaron investigadores/as enfermeros/as de Colorado, Estados Unidos, con el objetivo de: (a) describir el alto riesgo cardiovascular de los participantes que asistieron a una feria de la salud, recibieron la intervención telefónica y buscaron atención en los centros de salud para su control y (b) describir las terapias provistas para la reducción de alto riesgo cardiovascular de los participantes después de la feria de la salud y el seguimiento con la intervención telefónica de Enfermería (120). La intervención fue un mes después de la feria de la salud, durante la cual fueron reforzados mensajes a través de los principios de la entrevista motivacional, siendo evaluados participantes con alto riesgo de enfermedades cardiovasculares antes y después de la intervención, y compararon el cuidado recibido antes y después de la

intervención. Se contactaron 447 personas, de las cuales participaron 59% (n=262). Los resultados sugieren que la intervención de enfermería puede mejorar la prevención de factores de riesgo cardiovascular como un proveedor activo en la implementación de estrategias para la reducción de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares.

Otro estudio tuvo como objetivo evaluar el uso del concepto de automatización para intervenciones en estilos de vida en la rutina de los centros de atención primaria de la salud (33). Más de 500 personas se llamaron para responder un test referente a los tópicos que midieron: presión arterial, consumo de alcohol y actividad física; se les dio motivación para el cambio. Y se concluye que la automatización debe ser un complemento para las intervenciones cara a cara.

Aparecen reportadas investigaciones de Enfermería que implementan intervenciones dirigidas al control de factores de riesgo cardiovascular y comparan la atención tradicional versus la intervención recibida.

En Inglaterra publicaron un estudio donde se examina la efectividad de una entrevista motivacional realizada por profesionales de Enfermería, comparado con el cuidado tradicional (121). Las personas usuarias fueron asignadas de manera randomizada a uno de los tres grupos: cuidado tradicional, entrevista motivacional y otro recibieron ambos: cuidado tradicional y entrevista motivacional.

El objetivo del estudio fue la integración de las actividades físicas dentro de las rutinas diarias de los/las participantes. Se midió calidad de vida relacionada con salud por medio del SF-36, medida basal y 5 meses después se midió para los roles limitación en la funcionalidad física, función social y cambios en el estado de salud para los tres grupos. Estas dimensiones consistentemente mostraron los menores cambios en el grupo 1 y el mayor cambio lo presentó el grupo 2. Los resultados a los cinco meses mostraron que las personas participantes mejoraron en las ocho dimensiones, con excepción del grupo 1. Además, evidenció que la intervención individual es mejor que la grupal y que la entrevista motivacional es una opción viable comparada con un programa tradicional de ejercicios.

Se encuentran estudios norteamericanos recientes que evidencian la efectividad de una intervención de Enfermería que combina la metodología presencial con la telefónica.

Un estudio evaluó la factibilidad y eficacia inicial de que una enfermera, una vez al mes realice una intervención en actividad física y nutrición, para personas con sobrepeso y obesidad (122). Por seis meses, enfermeras otorgaron seis sesiones presenciales de 30 minutos y seis entrevistas motivacionales telefónicas para entregar educación y soporte en cumplimiento de metas para superación de barreras. La muestra fue seleccionada por conveniencia de personas no aseguradas, un total de 123 personas, 100 tuvieron adherencia parcial y 23 adherencia completa. Con mediciones pre-test y pos-test en características demográficas, índice de masa corporal, actividad física por medio de un podómetro, nutrición con la frecuencia en el consumo de frutas y verduras.

El estudio demostró que la intervención en consejería de moderada a intensa en cuanto a la continuidad en el tiempo con respecto al número de sesiones y el contacto, fue modestamente efectiva en la disminución del índice de masa corporal en los/as participantes que estuvieron en todo el proceso de intervención. La intervención se basó en la teoría social cognitiva. Más de la mitad de los y las participantes tuvieron problemas para adherirse a la intervención por más de tres meses. Debe explorarse la forma de estar en contacto durante el mes, porque el lapso de un mes entre cada intervención puede ser mucho tiempo sin contacto.

Debido a los exitosos resultados que presentan la mayoría de estudios que realizan intervenciones de Enfermería en control de factores de riesgo y mejoramiento de la calidad de vida relacionad con salud, abordados con diseño de ensayo clínico randomizado, con grupo control y experimental, con evaluaciones pre-test y pos-test, es que se continúan realizando investigaciones en esta línea; lo evidencia los protocolos publicados que plantean estudios que se están desarrollando en este momento y están pendientes de evaluación, se mencionan a continuación.

Autores se fijaron como objetivo evaluar la eficacia de un programa integral de prevención secundaria para reducir la morbimortalidad en las personas que han tenido una enfermedad cardiovascular, controlar los factores de riesgo y el cumplimiento de la medicación profiláctica para prevenir recurrencias y mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad cardiovascular (123). Es un ensayo clínico aleatorio por clusters; trabajado en 42 centros de salud de atención primaria en 8 comunidades autónomas del Estado español. Participaron varones y mujeres hasta 85 años de edad, diagnosticados de enfermedad coronaria y/o accidente cerebrovascular y/o enfermedad vascular periférica en el último año, y que no presentan una enfermedad grave o terminal. Se aleatorizarán los centros de salud para seguir la atención habitual en las personas participantes diagnosticadas con enfermedad cardiovascular (grupo control) o para implantar un programa integral de prevención secundaria (grupo intervención).

La intervención tendrá una duración de 2 años y 9 meses (1 visita cada 4 meses), será realizada por personal de enfermería especialmente entrenado en la prevención secundaria de la enfermedad cardiovascular y constará de educación sobre la enfermedad, recomendaciones dietéticas, de ejercicio físico y abandono de hábitos nocivos como el tabaquismo, información sobre el tratamiento y la optimización del cumplimiento terapéutico y el contacto con el médico de familia, por si tuviera que hacer algún ajuste farmacológico o alguna consulta específica.

Realizarán como medición acontecimientos no letales atribuibles a enfermedad cardiovascular y calidad de vida relacionada con la salud (SF-36).

También se publicó un protocolo de investigación a cargo de un grupo de investigadores/as enfermeras/os que fijan como objetivo del estudio evaluar la efectividad de un proceso de trabajo “Health Workshop” en términos de: calidad de vida relacionada con salud, con respecto a: incorporación y mantenimiento de una dieta balanceada, práctica regular de actividad física, control de factores de riesgo (presión arterial, peso y colesterol) dentro de los límites normales, reducción de riesgo de enfermedades cardiovasculares y estimación del costo de este programa “Health Workshop” (124). Es un ensayo clínico controlado y randomizado, que

compara las personas participantes en el “Health Workshops” (n=108) con un grupo de similares características que no participa (n=108). Se desarrolla en los Centros de Salud de la ciudad de Barcelona, España. La intervención está basada en las necesidades planteadas por Virginia Henderson y se abordan a través de 8 sesiones, que incorporan hábitos de salud y hacen un compromiso de autocuidado. Se imparten una vez por semana. Con una evaluación previa, vía telefónica y evaluación a los 6 y a los 12 meses respectivamente.

Otro protocolo desarrollado por enfermeras holandesas propuso mejorar la adherencia a los hábitos de vida saludables, por medio de una intervención de enfermería presencial y telefónica de 52 semanas de duración, dirigida a personas con factores de riesgo cardiovascular en la atención primaria. Realizaran entrevista motivacional y medirán las variables: consumo de frutas y vegetales, consumo de alcohol, hábito tabáquico, ejercicio físico, adherencia a consumo de medicamentos, niveles de colesterol, presión arterial, IMC y factor de riesgo cardiovascular a 10 años. Utilizarán podómetro para contabilizar la cantidad de ejercicio que realizan (125).

Durante los años 2007, 2008 y 2010 se reportan publicaciones de investigadoras(es) en Enfermería que han realizado revisiones sistemáticas acerca de la efectividad general de las prácticas de Enfermería en intervenciones dirigidas a la reducción de factores de riesgo cardiovascular en población adulta (126-127).

Un grupo de investigadoras publicó la mayor evidencia disponible en lo referente a la eficacia general de las intervenciones de la práctica de enfermería para reducción de enfermedades cardiovasculares en adultos saludables, con enfermedades cardiovasculares diagnosticadas o factores de riesgo cardiovascular conocidos. Los ensayos investigaron sobre intervenciones multifactoriales, las cuales incluían evaluaciones de salud individualizadas, consejerías en estilo de vida, entrevista motivacional, educación para la salud y protocolos de administración de manejo de varios factores de riesgo. Las intervenciones se dirigieron a lograr cambiar un solo factor de riesgo. La calidad de los estudios se vieron limitados por muestras pequeñas y periodos cortos de intervención. Los resultados reportados de tales

intervenciones multifactoriales incluían mejorías estadísticamente significativas en los grupos de intervención, en lo que se refiere a presión arterial, niveles de colesterol, actividad física y modificación en la nutrición e índice de masa corporal. Concluye que este tipo de intervenciones reducen las enfermedades cardiovasculares y los factores de riesgo y por tal motivo son recomendadas.

En esta misma línea, otros autores reportaron recomendaciones demostradas para aplicación, que los servicios dirigidos por enfermeras son capaces de reducir los factores de riesgo cardíaco en adultos sanos y en adultos con enfermedad cardíaca establecida o factores de riesgo cardíaco conocidos, fundamentalmente manejo de la presión arterial, disminución del colesterol, modificación de la dieta y aumento de la actividad física (128).

Deben llevarse a cabo más estudios sobre el contenido y el modo de administrar las intervenciones de enfermería para maximizar los resultados beneficiosos. En esta misma línea, realizan una investigación con el fin de determinar si es posible cuantificar, la eficacia de las intervenciones multifactoriales (la mejora de al menos dos factores de estilos de vida: fumado, actividad física y hábitos de alimentación) en estilos de vida sin drogoterapia como parte de la intervención, en personas con enfermedad cardiovascular establecida o con factores de riesgo para enfermedad cardiovascular, a partir de una revisión sistemática en la base de datos "Pubmed", identificaron estudios controlados randomizados, publicados entre 1990 y 2007 (129). Los resultados evidenciaron diferencias significativas en mortalidad en los grupos de intervención comparados con el grupo control; así como reducción en los eventos cardiacos en el grupo de intervención con respecto al grupo control. También muestran efectos en factores de riesgo, a partir de la intervención en estilos de vida y control de factores biológicos: los niveles de colesterol decrecen en el grupo de intervención. Se encontraron efectos favorables en el índice de masa corporal a corto plazo. Inclusive se encontró después de 4 años de intervención efectos en hábitos de alimentación y niveles de actividad física. Un número de ensayos de corta duración (6-12 meses), hallaron efectos favorables en hábitos de alimentación y actividad física. En la mayoría de los ensayos no fue significativo el

efecto de la intervención en el hábito tabáquico. En cuanto a los resultados con grupos con factores de alto riesgo cardiovascular, obtuvieron efectos positivos en factores de riesgo biológicos (índice de masa corporal y presión arterial) y estilo de vida (hábitos de alimentación y actividad física), por lo que son aptas para reducir la incidencia de diabetes. El contacto regular con los participantes, muestra beneficios, especialmente a largo plazo. Se muestra que las intervenciones con consejería intensiva y de más larga duración tienen mayores efectos.

Otra de las revisiones encontradas reporta la evidencia existente en cuanto a intervenciones dirigidas al control de múltiples factores de riesgo cardiovascular, desarrolladas en la atención primaria y señalan cinco principios que deben incorporar las intervenciones en su ejecución: evaluación, asesoramiento, acuerdos, apoyo y gestión sobre la continuidad de las acciones; además destaca que existe evidencia insuficiente en cuanto al efecto que producen las intervenciones que van dirigidas a pérdida de peso en personas no obesas y el efecto de la actividad física (130).

En cuanto a las intervenciones telefónicas, también se encuentran evidencias de los resultados que se han obtenido, a través de una revisión sistemática realizada por las enfermeras investigadores, las cuales revisan 24 estudios, referentes a la contribución de las intervenciones telefónicas para mejorar la recuperación de las personas con enfermedad cardiovascular (131). Encontraron que los estudios miden factores de riesgo cardiovascular a través de los niveles de colesterol, la presión sistólica, el índice de masa corporal, la dieta y la actividad física. Y además miden el estatus funcional con el SF-36 de calidad de vida relacionada con salud, autoeficacia y apoyo social. Mencionan los autores implicaciones importantes para la práctica, a partir de los resultados obtenidos: intervenciones que cuenten con el profesional de Enfermería como una guía pueden ayudar a las personas con enfermedades cardíacas; intervenciones deben tener un fuerte rigor metodológico en cuanto al uso de controles en ensayos clínicos randomizados; uso de instrumentos que comprueben validez y confiabilidad demostrada; intervenciones cuenten con medidas objetivas; intervenciones midan niveles bioquímicos y realicen

pre-test y pos-test. En cuanto a las intervenciones telefónicas deben contener más de seis llamadas en al menos tres meses seguidos. Otro hallazgo fue la reducción de factores de riesgo cardiovascular, mejora función física, estatus funcional, reduce consultas hospitalarias y complicaciones post-operatorias.

Un ensayo clínico randomizado en Holanda realizado en personas con uno o más factores de riesgo que se atienden en los centros de salud de atención primaria, midió el efecto de una intervención de enfermería personalizada y telefónica dirigida a favorecer el estilo de vida y la percepción de riesgo en personas con factores de riesgo cardiovascular, mostró mejoras significativas en percepción de riesgo, ansiedad y satisfacción con la comunicación recibida para la toma de decisiones. Sin embargo, no encontraron efectos significativos de la intervención sobre el estilo de vida (132).

Bajo el mismo concepto de estudios que realizaron revisiones, se encontró una revisión de los estudios que involucran el apoyo social para la pérdida de peso y mantenimiento de esta pérdida (133). Un aspecto principal de las investigaciones y práctica en apoyo social es la distinción entre soporte estructural y funcional. Las intervenciones que a menudo afectan el soporte estructural, muestran una fuerte correlación positiva con la salud; puede también colaborar con los cambios en los comportamientos de salud. También se ha estudiado los beneficios asociados a una intervención basada en apoyo social para la promoción de la actividad física, demostrando no solo un incremento en ejercicio sino también un descenso en la presión sistólica y la grasa corporal, lo cual mejora la resistencia cardio-respiratoria; un descenso en la presión diastólica y un incremento significativo en la actividad física (134).

En el tema de autoeficacia, aplicado a las intervenciones antes descritas, si se encuentran investigaciones que lo incorporan como una variable de estudio.

Autores exploraron el impacto de posibles predictores para cambio en comportamientos asociados al riesgo cardiovascular, tal como la autoeficacia (135).

El estudio trabajó con una muestra de 110 personas y fue un ensayo randomizado controlado comparando dos métodos de intervención que orientan a alto riesgo

cardiovascular en varones y cambios en el estilo de vida en la práctica general. Comportamientos y cambios en los factores de riesgo durante un año de intervención, el estudio fue analizado usando regresión múltiple y regresión logística. Se llevó a cabo en veintidós centros de práctica en Noruega. Los resultados mostraron incremento del autoeficacia para la práctica del ejercicio físico, fue la única variable significativa relacionada a cambio en la práctica de la actividad física. Como conclusión el estudio otorga la importancia de la autoeficacia en el comportamiento humano y la motivación para el cambio.

En lo que respecta a Enfermería, se desarrollan e implementan una intervención telefónica de Enfermería para aumentar autoeficacia por medio de la escucha activa y la persuasión verbal educativa, con el fin de empoderar a los adultos mayores con enfermedad cardiovascular en su autocuidado y reducir factores de riesgo cardiovascular. Obtuvieron resultados positivos que evidencian efectividad de la intervención (136).

Se desarrolló un ensayo clínico randomizado, de octubre 2011 a mayo 2012 en Italia, en un centro de atención primaria para la hipertensión arterial, que tuvo por objetivo comprobar si una intervención de Enfermería que promueva la autoeficacia puede modificar los niveles de ésta, en personas con manifestaciones clínicas de enfermedad cardiovascular (cerebrovascular, aneurisma aórtico abdominal), y si los niveles basales y cambios en la autoeficacia están relacionados con cambios en los factores de riesgo cardiovascular (137). Participaron un total de 236 personas randomizadas en 119 grupo intervenido (finalizaron 83) y 117 grupo control (finalizaron 70). Los resultados obtenidos señalan que la intervención de Enfermería mejora la autoeficacia en elección de alimentos saludables y práctica extra de ejercicio; lo cual indica que debe ser incorporado en los programas de reducción de factores de riesgo cardiovasculares.

En lo que respecta a Chile, intervenciones realizadas por profesionales de Enfermería con las características afines a este estudio, se encontraron las siguientes:

Enfermeras investigadoras compararon dos sistemas de intervención para evaluar el efecto de la consejería personalizada en pacientes hipertensos esenciales severos, OMS I, orientados a reducir cifras tensionales sistólicas, diastólicas y aumentar su autoestima (138). Basado en el Modelo de Creencias en Salud y Conductas del Rol de Enfermo. La muestra quedó constituida por 23 adultos hipertensos esenciales que a junio de 1990 tenían una permanencia de a lo menos 6 meses en el Programa de Hipertensión Arterial de Policlínico de Hipertensión del Hospital Las Higueras, Talcahuano-Chile. Se constituyeron de forma aleatoria 10 personas al grupo control y 13 al experimental. Las personas del grupo control recibieron la atención normada en el servicio con un control médico mensual y su terapia medicamentosa individualizada. El grupo experimental fuera de recibir la atención normada se incorporó a un Programa de Consejería Personalizada, cuya duración fue de 24 semanas, con 2 sesiones de trabajo al mes. Con mediciones pre-test y pos-test de escala autoestima, control de presión arterial y control de peso. Se pudo constatar mayor adherencia al programa; teniendo como resultado final una disminución de cifras tencionales y un mayor incremento en su autoestima que pacientes del grupo control. Los hallazgos del trabajo proponen implementar métodos de intervención no farmacológicos, como es la conserjería personalizada en la atención de pacientes hipertensos, demostrando su eficacia en la reducción de cifras tensionales y de otros factores de riesgo asociados a la hipertención arterial en el grupo estudiado.

Fue posible observar presencia de dependencia entre peso y presión arterial; lo que provoca una disminución en la presión arterial sistólica y/o diastólica de las personas. Los resultados señalan a la Consejería Personalizada como una buena estrategia, debiendo incorporarse en la enseñanza como un método de intervención de Enfermería, en especial para lograr cambios conductuales en personas con enfermedades crónicas.

Más recientemente; otro grupo de enfermeras implementó y evaluó un modelo de apoyo telefónico para el auto-manejo de enfermedad crónica (ATAS), articulado en centros de atención primaria públicos para personas con Diabetes Mellitus 2 (DM2)

(139). El objetivo del trabajo fue evaluar el impacto del modelo ATAS en el control de la DM2 en población adulta de 20 a 64 años, de bajos recursos socioeconómicos. Por medio de un diseño cuasi-experimental en dos centros de atención primaria de una comuna de Santiago, un centro funcionó como grupo control y el otro como grupo de intervención. Se midieron las prácticas de auto-manejo de DM2, percepción de salud social, percepción de autoeficacia, utilización de servicios de salud y parámetros de compensación metabólica: hemoglobina glicosilada (HbA1c), presión arterial, índice de masa corporal. Los resultados evidenciaron que el modelo ATAS mejoró en el grupo de intervención la asistencia a los controles del programa de salud cardiovascular, estabilizó niveles de HbA1c, lo cual reduce complicaciones cardiovasculares. Además disminuyó significativamente la ingesta de alimentos no saludables y el aumento de los saludables. Mejoró significativamente en percepción de autoeficacia.

Como se puede apreciar, las investigaciones coinciden en mencionar que las enfermedades cardiovasculares están fuertemente relacionadas con los estilos de vida y factores de riesgo biológicos, como por ejemplo la inactividad física, sobrepeso/obesidad, ser fumador, niveles elevados de colesterol, hipertensión y diabetes (140), teniendo claro que los factores de riesgo son características o conductas de las personas que aumentan la probabilidad de sufrir una enfermedad cardiovascular (9). Los resultados subrayan que es necesario realizar más investigación dirigida al impacto del proceso salud-enfermedad en la persona usuaria y la influencia en su calidad de vida (15).

1.2.2.2 VIVIR CON EXPECTATIVAS DE CAMBIO

Existen estudios que refuerzan la necesidad de realizar intervenciones dirigidas a mejorar la calidad de vida relacionada con la salud en lo que respecta al bienestar físico, social, psicológico y espiritual abarcando el significado de su estado de salud desde la esperanza y la trascendencia; debido a que la respuesta diagnóstica ante un cambio de hábito o una enfermedad crónica siempre tiene implicaciones psicológicas y sociales complejas (30).

En cuanto a estudios sobre los fenómenos universales que inciden en la calidad de vida relacionada con salud, se encuentran una cantidad numerosa de investigaciones que incorporan el método de Parse fenomenológico-hermenéutico como metodología para descubrir la estructura de dichos fenómenos (141,149), sin embargo cuando se restringe la búsqueda a situaciones que tengan relación con factores de riesgo cardiovascular o enfermedades cardíacas se encuentra solo una investigación que desarrolla la temática sentimiento de inseguridad como una experiencia universal de vida en personas con enfermedad cardíaca congestiva. Como hallazgo central del estudio define la estructura del fenómeno “sentir inseguridad”, como “la experiencia de sentir inseguridad es una perturbación desconfortante que moviliza entre la inseguridad-seguridad, es como estar vigilante para anticiparse a las posibilidades, donde surgen valiosas alianzas para los momentos que requieren tolerancia” (26-150).

Respecto al estudio del fenómeno vivir con expectativas de cambio se encuentran un número limitado de investigaciones sobre éste fenómeno. Por ejemplo, se investigó las expectativas de cambio en mujeres con embarazo de alto riesgo, en el que participaron mujeres hospitalizadas entre 21 y 39 años, diagnosticadas con embarazo de alto riesgo (110). La pregunta de investigación fue ¿cuál es la estructura de la experiencia de vida “vivir con expectativas de cambio”? se fijó como propósitos: establecer un conocimiento base acerca de dicho fenómeno, mientras enriquece el conocimiento del concepto principal “esperanza”; expandir la comprensión de la teoría *humanbecoming*; proveer ideas para investigar posteriormente a partir de los hallazgos y aumentar la comprensión del fenómeno

“vivir con expectativas de cambio” para contribuir a mejorar la práctica de la Enfermería, en esta investigación en mujeres con embarazo de alto riesgo. Se desarrolló con la metodología fenomenológica-hermenéutica del método de Parse (110), la cual permitió extraer implicaciones para la práctica de la Enfermería, a partir de los resultados obtenidos, los cuales se describen a continuación: que el profesional de Enfermería empodere a las mujeres a identificar los tipos de apoyo social en sus relaciones interpersonales y brindar herramientas para nutrir estos vínculos, para ello debe incorporar el apoyo social en la atención que brinda. También, enfocar en su ejercicio profesional la verdadera presencia, es decir, dedicar tiempo a las personas usuarias para escuchar las experiencias de vida que tienen relación con la calidad de vida y la salud; con el fin de reconocer las paradojas de su experiencia, tal como sentir seguridad en el hospital. Reconocer que cada persona es única y por ello se debe valorar individualmente. Eso permite identificar necesidades de las personas usuarias y trabajar en función de ellas, de este modo contribuir al mejoramiento de la calidad de vida relacionada con salud (110).

Recientemente, se realizó en Ontario un estudio cualitativo descriptivo sobre el significado de las expectativas de cambio para las personas adultas que son preparadas para un procedimiento quirúrgico y su cirugía es cancelada de forma inesperada y encontraron como significado para este fenómeno en dicha situación, lo siguiente: vivir con expectativas de cambio es sufrir un desencanto e incertidumbre, que se deriva de la cancelación de la cirugía, además se genera escepticismo por la interrupción del proceso, esto causa humillación, pero se logra la reconciliación de la situación cuando se reprograma la cirugía (151).

Cabe mencionar, que el estudio de los fenómenos universales de vida está enmarcado dentro del paradigma de enfermería de transformación y el paradigma que ha predominado desde décadas atrás en la práctica de la Enfermería es el positivista, esto ha incidido en un desarrollo incipiente de investigaciones en este ámbito. Asimismo para emplear el método Parse de investigación se requiere un entrenamiento previo en la Teoría *Humanbecoming*, lo que limita al profesional de enfermería a ponerlo en práctica.

1.3 HIPÓTESIS

Hipótesis Conceptual 1:

Las mujeres y hombres del grupo experimental presentan una mejor calidad de vida relacionada con salud después de la intervención innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica, en comparación con el grupo control.

Hipótesis Operacionales:

1.1 Las mujeres del grupo experimental presentan un mejor bienestar físico después de la intervención innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica, en comparación con el grupo control.

1.2 Las mujeres del grupo experimental presentan un mejor bienestar emocional después de la intervención innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica, en comparación con el grupo control.

1.3 Los hombres del grupo experimental presentan un mejor bienestar físico después de la intervención innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica, en comparación con el grupo control.

1.4 Los hombres del grupo experimental presentan un mejor bienestar emocional después de la intervención innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica, en comparación con el grupo control.

Hipótesis Conceptual 2:

Las mujeres y hombres del grupo experimental tendrán mejores resultados en los indicadores de salud física después de la intervención innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica, en comparación con el grupo control.

Hipótesis Operacionales:

2.1 Las mujeres del grupo experimental presentan menores niveles de colesterol LDL después de la intervención innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica, en comparación con el grupo control.

2.2 Los hombres del grupo experimental presentan menores niveles de colesterol LDL después de la intervención innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica, en comparación con el grupo control.

2.3 Las mujeres del grupo experimental presentan mayores niveles de colesterol HDL después de la intervención innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica, en comparación con el grupo control.

2.4 Los hombres del grupo experimental presentan mayores niveles de colesterol HDL después de la intervención innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica, en comparación con el grupo control.

2.5 Las mujeres del grupo experimental presentan menores niveles de colesterol total después de la intervención innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica, en comparación con el grupo control.

2.6 Los hombres del grupo experimental presentan menores niveles de colesterol total después de la intervención innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica, en comparación con el grupo control.

2.7 Las mujeres del grupo experimental presentan menores niveles de presión arterial sistólica después de la intervención innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica, en comparación con el grupo control.

2.8 Los hombres del grupo experimental presentan menores niveles de presión arterial sistólica después de la intervención innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica, en comparación con el grupo control.

2.9 Las mujeres del grupo experimental presentan menores niveles de presión arterial diastólica después de la intervención innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica, en comparación con el grupo control.

2.10 Los hombres del grupo experimental presentan menores niveles de presión arterial diastólica después de la intervención innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica, en comparación con el grupo control.

2.11 Las mujeres del grupo experimental presentan menor índice de masa corporal después de la intervención innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica, en comparación con el grupo control.

2.12 Los hombres del grupo experimental presentan menor índice de masa corporal después de la intervención innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica, en comparación con el grupo control.

Hipótesis Conceptual 3:

Las mujeres y hombres del grupo experimental tendrán un fortalecimiento en la percepción de su autoeficacia después de la intervención innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica, en comparación con el grupo control.

Hipótesis Operacional:

3.1 Las mujeres del grupo experimental presentan mayor autoeficacia general percibida después de la intervención innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica, en comparación con el grupo control.

3.2 Los hombres del grupo experimental presentan mayor autoeficacia después de la intervención innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica, en comparación con el grupo control.

Hipótesis Conceptual 4:

Las mujeres y hombres del grupo experimental tendrán un fortalecimiento en la percepción del apoyo social después de la intervención innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica, en comparación con el grupo control.

Hipótesis Operacional:

4.1 Las mujeres del grupo experimental presentan mayor percepción de apoyo social después de la intervención innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica, en comparación con el grupo control.

4.2 Los hombres del grupo experimental presentan mayor percepción de apoyo social después de la intervención innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica, en comparación con el grupo control.

1.4 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Establecer el efecto de una Intervención Innovadora Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica, dirigida a: control de factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, dislipidemia y sobrepeso), mejoramiento de la calidad de vida relacionada con salud (CVRS), fortaleciendo la autoeficacia, el apoyo social y estructurando el fenómeno de "vivir con expectativas de cambio" en personas usuarias del programa de salud cardiovascular de los Centros de Salud Municipales de Concepción.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Respecto al grupo control:

- a. Determinar diferencias en percepción de calidad de vida relacionada con salud, en las personas con factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, niveles alterados de colesterol y sobrepeso), usuarias del programa de salud cardiovascular de los Centros de Salud Municipales de Concepción, pre y post intervención innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica.
- b. Determinar diferencias en la percepción de autoeficacia general, en las personas con factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, niveles alterados de colesterol y sobrepeso), usuarias del programa de salud cardiovascular de los Centros de Salud Municipales de Concepción, pre y post intervención innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica.
- c. Determinar la percepción de apoyo social en las personas con factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, niveles alterados de colesterol y sobrepeso), usuarias del programa de salud cardiovascular de los Centros

de Salud Municipales de Concepción, pre y post intervención innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica.

- d. Describir indicadores de salud física: presión arterial, perfil lipídico, índice de masa corporal, circunferencia abdominal, riesgo cardiovascular a 10 años, en las personas con factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, niveles alterados de colesterol y sobrepeso), usuarias del programa de salud cardiovascular de los Centros de Salud Municipales de Concepción, pre y post intervención innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica.

Respecto al grupo experimental:

- a. Determinar diferencias en percepción de calidad de vida relacionada con salud, en las personas con factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, niveles alterados de colesterol y sobrepeso), usuarias del programa de salud cardiovascular de los Centros de Salud Municipales de Concepción, pre y post intervención innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica.
- b. Determinar diferencias en la percepción de autoeficacia general, en las personas con factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, niveles alterados de colesterol y sobrepeso), usuarias del programa de salud cardiovascular de los Centros de Salud Municipales de Concepción, pre y post intervención innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica.
- c. Determinar la percepción de apoyo social en las personas con factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, niveles alterados de colesterol y sobrepeso), usuarias del programa de salud cardiovascular de los Centros

de Salud Municipales de Concepción, pre y post intervención innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica.

- d. Describir indicadores de salud física: presión arterial, perfil lipídico, índice de masa corporal, circunferencia abdominal, riesgo cardiovascular a 10 años, en las personas con factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, niveles alterados de colesterol y sobrepeso), usuarias del programa de salud cardiovascular de los Centros de Salud Municipales de Concepción, pre y post intervención innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica.
- e. Explorar el significado de *vivir con expectativas de cambio* y la influencia en la calidad de vida relacionada con salud, en personas usuarias del programa de salud cardiovascular de los Centros de Salud Municipales de Concepción.

Para el grupo experimental y control:

- a. Describir el perfil biosociodemográfico.
- b. Determinar el efecto de la intervención innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica en el grupo experimental versus el abordaje tradicional en el grupo control en lo que respecta a:
- Calidad de Vida Relacionada con Salud
 - Autoeficacia General
 - Apoyo Social Percibido
 - Indicadores de salud física

1.5 VARIABLES DE ESTUDIO DEL MÉTODO PRIMARIO

Variable independiente (Anexo A)

<p>Intervención Innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica en Salud Cardiovascular</p>	<p>La intervención innovadora Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica, dirigida a: control de factores de riesgo cardiovascular, mejoramiento de la calidad de vida relacionada con salud (CVRS), fortaleciendo la autoeficacia, el apoyo social y estructurando el fenómeno de "vivir con expectativas de cambio", se implementó en las personas participantes en el grupo experimental (personas con tres factores de riesgo cardiovascular de forma conjunta-hipertensión, sobrepeso y dislipidemia- que reciben la atención estipulada por el Centro de Salud más una intervención de Enfermería). Esta intervención consiste en: 15 sesiones (10 presenciales con una hora de duración y 5 telefónicas (una llamada por semana, con una duración aproximada de 15 minutos), en las cuales se establece un <i>rapport</i> con la persona usuaria, se le entregan los contenidos educativos relacionados con: calidad de vida y salud, factores de riesgo cardiovascular, alimentación saludable, actividad física, autoestima, manejo del estrés y conocimiento de la hipertensión y la dislipidemia. Además se le orienta a tomar la mejor decisión respecto a su salud, las cuales se evaluarán sesión a sesión. Las sesiones se realizan cada 3 semanas.</p> <p>Incluyó criterios de respeto, verdadera presencia, planteamiento de metas y estrategias realizables, que permitirán evaluar las sesiones. Contó con un intercambio constante de información e ideas entre Enfermera-Usuario(a) y se tomaron en cuenta las experiencias y conocimientos previos en el tema. El detalle se muestra en el capítulo de Consejería.</p>
---	---

Variables dependientes (Anexo B)

<p>Calidad de Vida Relacionada con Salud Autoeficacia general Apoyo Social percibido</p> <p>Indicadores de salud física: Presión Arterial (diastólica y sistólica), índice de masa corporal, circunferencia abdominal, perfil lipídico (Col-Total, Col-HDL, Col-LDL, TG, LDL/HDL, CT/HDL), Factor de Riesgo Cardiovascular a 10 años.</p>

Variables Intervinientes (Anexo C)

<p>Características biosociodemográficas y de salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sexo - Edad en años cumplidos - Último nivel de escolaridad que cursó y aprobó - Estado civil actual - Número personas que componen el hogar - Tipo de familia - Número de hijos - Situación ocupacional actual - Grupo ocupacional - Uso de medicamentos de manera permanente - Medicamentos utilizados - Menopausia - Uso Terapia de Reemplazo Hormonal - Edad Menopausia - Agrega sal extra a las comidas - Consumo de líquidos al día - Repite comida - Frecuencia consumo de frutas; leguminosas; verduras; vacuno, cerdo, cordero y/o vísceras; mayonesa, papas fritas, sopaipillas u otras frituras; pollo/pavo; pescado; leche; quesillo; yogurt; queso. - Alimentos de consumo habitual entre comidas - Auto percepción de peso - Realiza actualmente acciones para mantener su peso adecuado - Acciones para mantener peso adecuado - Razones por las que no controla el peso - Forma más eficaz mantener peso adecuado - Frase que representa su actividad física - Práctica de actividad física en el último año/mes/semana - Principal razón para no haber practicado actividad física - Postura en el trabajo
--	--

1.6 FENÓMENO DE ESTUDIO DEL MÉTODO SECUNDARIO

Vivir con expectativas de cambio.

2. SUJETOS Y MÉTODOS

2.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño metodológico es mixto de tipo incrustado o anidado, el cual se compone del método cuantitativo (como método primario) con el cualitativo (como método secundario), porque sigue un criterio de **complementariedad** (152).

Las características (152,154) de este estudio son los siguientes:

- a. Nivel de Interacción: la interacción ocurre con la mezcla de los métodos cuantitativo y cualitativo durante el análisis
- b. Prioridad de método: el estudio utilizará como prioridad el método cuantitativo y el método cualitativo será usado en un rol secundario.
- c. Control: este estudio realizará un **control en diferentes tiempos**, es decir, se implementará lo cuantitativo primero y al final de la intervención lo cualitativo.
- d. Mezcla: en esta investigación se realizará una interrelación de lo cuantitativo experimental con lo cualitativo fenomenológico-hermeneúutico, por medio de una relación interactiva. Para comprender cuándo y cómo ocurre la estrategia mixta, se utiliza el concepto:
 - Punto de Interfase o estrategia de integración: la mixtura en este estudio ocurrirá en el análisis e interpretación de los datos, se llama **mezcla durante el análisis de datos** y para ello se utilizarán dos estrategias:
 - Conexión de análisis: Primero se analiza de forma separada cada uno de los métodos (cuantitativo y cualitativo).
 - Utilización de teoría para unir datos: uso de estrategia interactiva de combinación, donde se visualizan explícitamente los dos conjuntos de resultados en un análisis combinado.

2.2 MÉTODO PRIMARIO: CUANTITATIVO

Experimental de pre-test y pos-test con grupo control, aleatorizado.

Tabla 8. Diseño experimental con pre y pos-test

	Inicio	Experimento	Final
RG_1	O_1	X	RG_1
RG_2	O_1	---	RG_2

Fuente: Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 2010.

Donde (155):

R Asignación al azar o aleatoria. Cuando aparece quiere decir que los sujetos han sido asignados a un grupo de manera aleatoria (randomización).

G Grupo de sujetos (G_1 grupo 1, G_2 grupo 2)

X Condición experimental (presencia de algún nivel o modalidad de la variable independiente), en este caso la intervención de enfermería.

O Una medición de los sujetos de un grupo (aplicación de instrumentos y mediciones). Si aparece antes de la condición experimental se trata del pre-test (previa al tratamiento). Si aparece después de la condición experimental se trata del pos-test (posterior al tratamiento).

--- Ausencia de la condición experimental (nivel "cero" en la variable independiente). Indica que se trata de un grupo control.

La tabla ejemplifica el tipo de diseño, de comparación de dos grupos (experimental RG_1 y control RG_2), que serán sometidos a una medición pre-test, lo cual posee dos ventajas (155): las puntuaciones sirven para fines de control en el experimento, porque al compararse las mediciones pre-test de los grupos se evalúa qué tan adecuada fue la asignación aleatoria y la otra ventaja es que permite analizar la diferencia entre los puntajes obtenidos en el pre-test y el pos-test. Al final de la intervención se realiza un pos-test aplicando los mismos instrumentos utilizados en la medición basal.

En la investigación se contempla el cumplimiento de los tres requisitos de un experimento puro:

1. Se expuso intencionalmente al grupo experimental a la variable independiente, intervención de enfermería, para observar que la variación de las variables dependientes (calidad de vida relacionada con salud, apoyo social percibido, autoeficacia general e indicadores de salud física) fueran causa de la intervención.
2. Medir el efecto que la intervención de enfermería (variable independiente) tiene en las variables dependientes (calidad de vida relacionada con salud, apoyo social percibido, autoeficacia general e indicadores de salud física).
3. El control o validez interna de la situación experimental se da al comparar dos grupos (experimental y control), que se conforman inicialmente por asignación al azar logrando la equivalencia o similitud entre los dos grupos. Lo que se pretende es que ambos grupos tengan características homólogas, la diferencia es que uno de ellos recibió la intervención y el otro no, para poder determinar el efecto que tuvo la intervención de enfermería sobre las variables dependientes.

2.2.1 UNIDAD DE ANÁLISIS

La unidad de análisis es la persona (hombre o mujer) entre 35 y 64 años de edad, beneficiaria del sistema público de salud, usuaria del Programa de Salud Cardiovascular en algún Centro de Salud Municipal de la Comuna de Concepción que tenga conjuntamente los tres factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, dislipidemia y sobrepeso).

2.2.2 UNIVERSO

Estuvo constituido por el total de personas entre 35 y 64 años de edad, diagnosticadas con tres factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, dislipidemia y sobrepeso), usuarias del Programa de Salud Cardiovascular en algún Centro de Salud Municipal de la Comuna de Concepción.

Se consideran las edades de 35 a 64 años en base a la revisión de la literatura. Así también, se consideró seleccionar la población participante desde el programa

AVIS, que consiste en un software del Registro Clínico Electrónico, que incorpora aspectos, como: la agenda electrónica para la inscripción y citación de usuarios/as; gestión y control de stock en farmacia; ficha clínica electrónica, que contempla además información médica familiar; recepción automática de resultado de exámenes en el box de atención directamente desde laboratorio; generación automática de órdenes y recetas médicas, entre otros. Además se requirió revisar el registro cardiovascular de cada Centro de Salud, para complementar los datos que no se encontraban en el AVIS. De este modo se obtuvo el listado de personas usuarias inscritas y validadas en cada centro de salud, en el Programa de Salud Cardiovascular con sus datos de identificación.

2.2.3 POBLACIÓN DEL ESTUDIO

La población de personas entre 35 y 64 años, beneficiarias del Sistema Público de salud inscrita y validada como usuarias del Programa de Salud Cardiovascular en alguno de los seis Centros de Salud Municipalizados de la Comuna de Concepción, atendidos durante los 12 meses del año, era estimada a inicios del 2013, en 6.560 personas hipertensas y 4.810 con dislipidemia, destacándose que el 100% de las personas atendidas en este programa son detectados con factores de riesgo asociados al estilo de vida, como el sobrepeso. Por lo cual, se requiere contar con un plan de intervención orientado a modificar favorablemente los factores detectados y evitar futuras complicaciones

De este modo, la población de personas entre 35 y 64 años beneficiaria del Sistema Público de Salud, inscrita y validada como usuarias del Programa de Salud Cardiovascular en los Centro de Salud Municipalizados de la Comuna de Concepción, que tienen de forma conjunta los tres factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, dislipidemia y sobrepeso) y cumplieron con los requisitos de selección, correspondería aproximadamente a 224 personas entre mujeres y hombres, de los 6 Centros de Salud Municipalizados: O'Higgins, Tucapel, Lorenzo Arenas, Juan Soto Fernández, Pedro de Valdivia, Santa Sabina. Por lo tanto, se decidió trabajar con la totalidad de la población.

Se les contactó para verificar la existencia del registro y la disposición para participar en la investigación. Seguidamente, se realizó aleatoriamente la participación en el grupo control y el grupo experimental.

Criterios de selección o de inclusión:

- Tener entre 35 y 64 años de edad.
- Ser portador de tres factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, dislipidemia y sobrepeso).
- Población que resida en el Sector en el que está inscrito.
- Que haya aceptado la participación en este estudio, otorgando consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

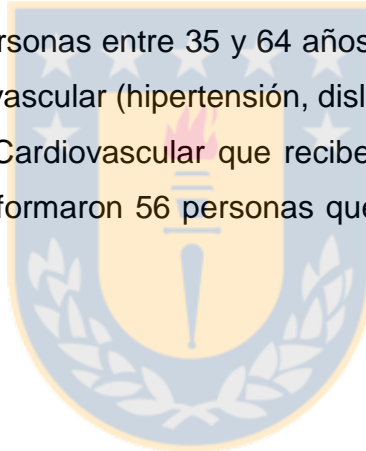
- Personas que no tienen ningún factor de riesgo.
- Personas que no tienen los tres factores de riesgo descritos.
- Personas con síndrome metabólico.
- Personas con cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular con secuelas.
- Personas con EPOC severo o moderado.
- Personas con alguna enfermedad mental o demencia.
- Personas con enfermedad alcohólica.
- Personas con enfermedades terminales.
- Personas inmobilizadas.
- Personas con enfermedades tiroideas.
- Personas con cáncer.
- Personas con HIV.
- Personas con enfermedad reumática severa.
- Persona con otra patología severa que le impidiese participar.

Conformación del Grupo Experimental:

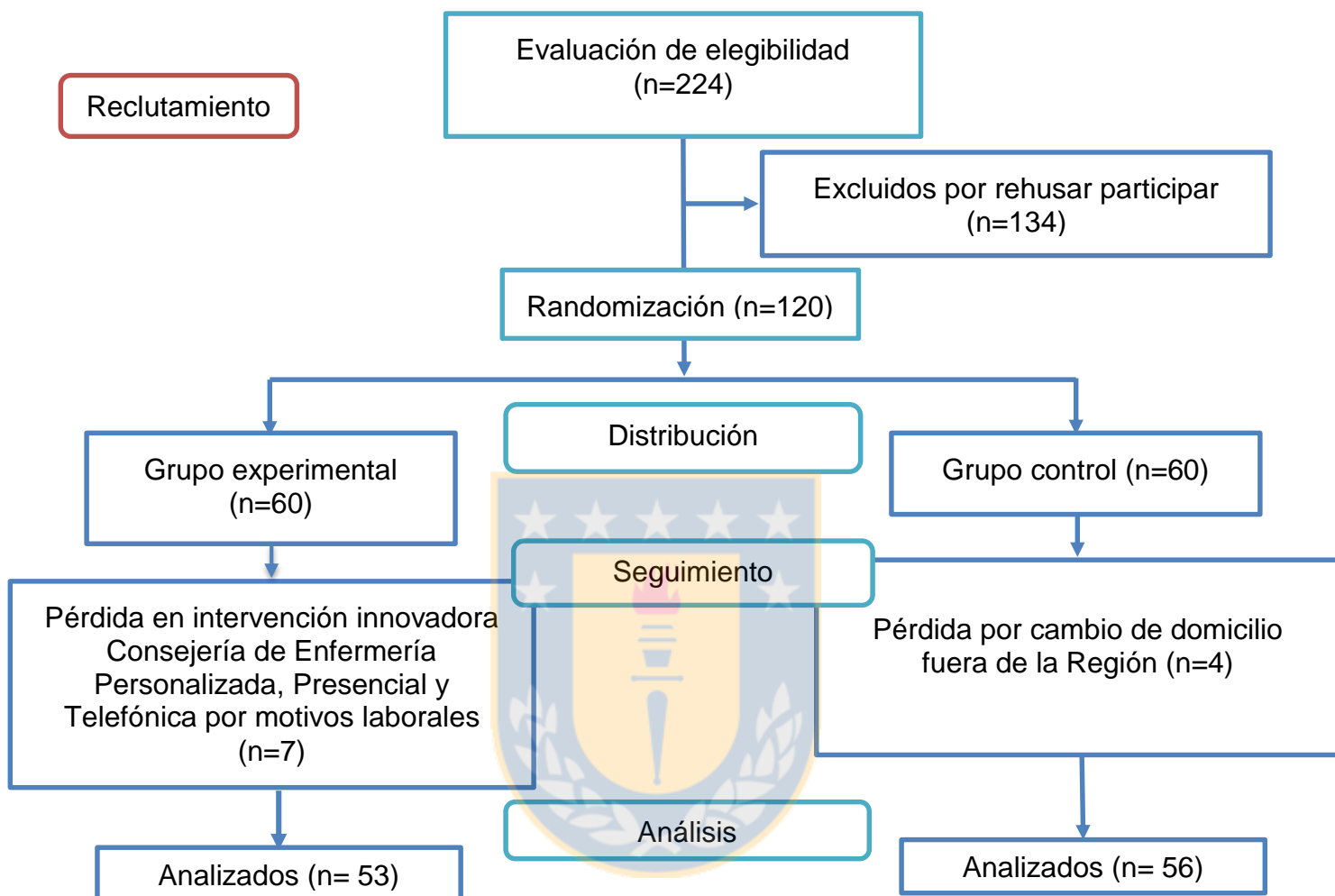
Constituido por personas entre 35 y 64 años que tienen conjuntamente tres factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, dislipidemia y sobrepeso), usuarias del programa de salud cardiovascular que reciben la atención estipulada por el Centro de Salud, más una intervención de Enfermería de 7 meses, dirigida a: control de factores de riesgo cardiovascular, mejoramiento de la calidad de vida relacionada con salud, fortaleciendo la autoeficacia, el apoyo social y estructurando el fenómeno de “vivir con expectativas de cambio”. El grupo quedó conformado por 53 personas que completaron todas las sesiones de la Intervención Innovadora Consejería de Enfermería Personalizada y Telefónica y la medición pos-test.

Conformación del Grupo Control:

El Grupo Control, son personas entre 35 y 64 años que tienen conjuntamente tres factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, dislipidemia y sobrepeso), usuarias del Programa de Salud Cardiovascular que reciben la atención estipulada por el Centro de Salud. Lo conformaron 56 personas que completaron la medición pos-test.



2.2.4 FLUJOGRAMA DE LA CONSTITUCIÓN DE LA POBLACIÓN PARTICIPANTE



2.2.5 HOMOLOGACIÓN DE LA POBLACIÓN PARTICIPANTE

Se aplicó la prueba estadística t-student para verificar que ambos grupos fueran comparables. Se randomizó la muestra, sobre los 120 individuos para conformar dos grupos, cada uno conformado por 60 personas.

Se analizaron las variables de cada grupo: componente de salud física y componente de salud mental, autoeficacia, apoyo social, peso, presión arterial sistólica y diastólica. La prueba estadística utilizada fue la t-student y la hipótesis nula (H_0) formulada era “la no existencia de diferencia significativa entre el estadístico y el parámetro ($p > 0,05$).

Se acepta la hipótesis nula para cada una de las variables seleccionadas, ya que no hubo diferencias entre las medias de las características de ambos grupos, de acuerdo a la prueba de diferencias de medias, el valor p fue mayor a 0,05 ($p > 0,05$). De este modo, los grupos control y experimental quedaron conformados teniendo similares características en cuanto componente de salud física y componente de salud mental, autoeficacia, apoyo social, peso, presión arterial sistólica y diastólica.

2.2.6 RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

2.2.6.1 DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS RECOLECTORES DE DATOS

Instrumento A: Elaborado por la tesista, realizando una adaptación del instrumento utilizado por Salazar (47), el cual recogerá información respecto a variables Biosociodemográficas. Además se agregaron preguntas referentes a características del estado de salud. El instrumento se encuentra disponible en el anexo D.

Instrumento B: Cuestionario genérico SF-36 evalúa aspectos de la calidad de vida en poblaciones adultas (> de 14 años de edad). El Cuestionario de Salud SF-36 fue elaborado por Ware y Sherbourne (156). El desarrollo y proceso de validación del cuestionario ha sido descrito en detalles por McHorney, Ware y Raczek (157) y McHorney, Ware, Lu y Sherbourne (158). Esta encuesta contiene 36 preguntas o ítems, los cuales miden los atributos de 8 dimensiones de salud: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental. Estas 8 dimensiones son agregadas en dos medidas de resumen; un

componente de Salud Física (CSF) y un segundo componente de Salud Mental (CSM). El instrumento se encuentra disponible en el anexo E y H.

Instrumento C: La Escala de Autoeficacia General versión en español de Bähler, Schwarzer y Jerusalem (159) se conforma de 10 reactivos con un puntaje mínimo de 10 puntos y un máximo de 40 puntos. Las respuestas son tipo Likert donde la persona responde a cada reactivo de acuerdo a lo que ella percibe de su capacidad en el momento: Incorrecto (1 punto); apenas cierto (2 puntos); más bien cierto (3 puntos) o cierto (4 puntos). En esta escala a mayor puntaje mayor autoeficacia general. El instrumento se encuentra disponible en el anexo F y H.

Instrumento D: La escala Multidimensional de Percepción de Apoyo Social (MSPSS) está compuesta por 12 ítems, los cuales recogen información del apoyo social percibido por los individuos en tres áreas: familia, amigos y otros significativos, su escala de respuesta corresponde a una escala de acuerdo que va desde: 1= muy en desacuerdo a 7= muy de acuerdo. El desarrollo y mayores antecedentes de esta escala se encuentra en Zimet et al. (160). El instrumento se encuentra disponible en el Anexo G y H.

2.2.6.2 MEDICIÓN DE INDICADORES

Presión Arterial: Se utilizó un equipo auxiliar de diagnóstico empleado para la medición no invasiva o indirecta de la presión arterial, de tipo esfigmomanómetro de mercurio, el cual consta de varios elementos: un sensor de presión e indicador de presión, una banda o brazalete inflable, bomba de insuflación, y válvula de alivio. El método más utilizado para conocer el valor de la presión arterial, es la presión que ejerce la sangre sobre las paredes de las arterias, la presión sistólica y diastólica. Esto es mediante la técnica auscultatoria, para lo que se requiere además un estetoscopio (161). (Anexo I).

Las unidades internacionales empleadas para referir los valores medidos de presión arterial empleando esfigmomanómetros son los milímetros de mercurio (mmHg) (160).

Índice de Masa Corporal: es un indicador de adiposidad que relaciona el peso del individuo expresado en kilogramos con la altura de dicho individuo, expresada en metros, y elevada al cuadrado. Se midió con una báscula de peso que tiene unido un estadiómetro de varilla vertical (162). (Anexo I)

Circunferencia Abdominal: Se utilizó una cinta métrica con calibrador para estandarizar la tensión, debe realizarse sobre la piel, tomarse al final de una exhalación normal del usuario/a. La cinta de medición debe ser paralela al piso y jalarse para quedar plana sobre la piel, sin oprimirla. La medición de la distancia alrededor del abdomen, por lo general a nivel del ombligo (163). (Anexo I)

Perfil Lipídico: se mide a través de una prueba de laboratorio, por medio de punción venosa se realiza la toma de muestra de sangre total de aproximadamente 5 mL, sin anticoagulante (en tubo rojo), con ayuno previo entre 8 a 12 horas. Seguidamente, se debe esperar aproximadamente media hora a que la muestra coagule, para ayudar a la coagulación se coloca una estufa a 37°C. Después, la muestra se centrifuga por 5 minutos a 2500 rpm. Luego del suero que queda en la parte superior de la muestra (al medio del tubo queda los glóbulos blancos y abajo los rojos) se separa y se hace la medición del Col-Total, Col-HDL, Col-LDL, LDL/HDL y CT/HDL¹. (Anexo I)

Riesgo Coronario a 10 años: Cálculo basado en las tablas de Framingham, para medir el riesgo coronario (angina, infarto de miocardio silente o con síntomas, mortal o no) a 10 años y se han adaptado a las características de la población chilena siguiendo un procedimiento estándar (164). (Anexo I)

¹ Información proporcionada por bioquímico Dr. Eduardo Torrejón, Laboratorio Clínico Dr. Gustavo Torrejón, Concepción.

2.2.7 CONTROL DE CALIDAD DE LOS DATOS

2.2.7.1 PRUEBA PILOTO

Para determinar el grado de comprensión de los instrumentos recolectores de datos se aplicó una prueba piloto a 50 personas formadas por mujeres y hombres entre los 35 y 64 años, beneficiarias del Sistema Público de Salud, inscritas y validadas en el Programa de Salud Cardiovascular del Centro de Salud Víctor Manuel Fernández, que no pertenece al sistema municipalizado, durante los meses de octubre y noviembre 2012. Durante la prueba piloto se encontró en general buena disposición a participar y que las personas prefirieron que la aplicación del instrumento fuera por medio de entrevista. Respecto de la comprensión, no se encontraron dificultades. El tiempo de aplicación para la totalidad de los instrumentos fue de aproximadamente 35 minutos en las mujeres y 25 minutos los hombres. Respecto de las condiciones de aplicación, fue necesario contar con un box que permitiera privacidad en las respuestas que brindaban los/as usuarios/as.

2.2.7.2 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

- **El cuestionario genérico de Calidad de Vida (SF-36):** Cuestionario ampliamente utilizado a nivel internacional, fue diseñado para evaluar diferentes aspectos relacionados con la salud, desde la perspectiva del individuo; en distintos grupos etáreos, estados de enfermedad y grupos de tratamiento. En el 2006, en Chile se realizó la adaptación sintáctica y semántica del instrumento para el país. Fue aplicado a una muestra representativa de la población adulta (> de 15 años de edad) de los beneficiarios de los sistemas público y privado de salud de Chile. Con un alfa de Cronbach de 0.7 (165).
- **Escala de Autoeficacia General:** Su uso en Chile fue publicado en el año 2010 (76). La investigación concluye que dicha escala es fiable y válida para medir el constructo autoeficacia percibida en población chilena y similar a los resultados obtenidos en estudios en poblaciones de habla hispana. Por tanto, se afirma que esta escala de medición de autoeficacia tiene correspondencia con la realidad del fenómeno que se estudia. Con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,84. Para este estudio fue muy similar el alfa de Cronbach obtenido, de 0,804.

- **Apoyo Social Percibido:** Medido a través de la Escala multidimensional de percepción de apoyo social (MSPSS) de Zimet et al (160), validada en la Región de La Araucanía por Ortiz & Baeza (166). Para los 12 ítems, el coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach fue 0,87. Para este estudio se obtuvo este mismo valor de alfa de Cronbach (0,870).

Otro estudio publicado en Chile (91), muestra las propiedades métricas de la escala multidimensional de apoyo social de Zimet en una versión traducida al español, donde concluye que es posible contar con un instrumento que mide apoyo social percibido.

- **Otros instrumentos:**

- Esfigmomanómetro de mercurio calibrado: modelo de mesa, con rango de medición de 0-300 mmHg, cubierta de aluminio con traba de seguridad, brazaletes de nylon con velcro con cámara de 2 tubos, pera de latex y dispositivo de seguridad para mercurio, On - Off .
- Estetoscopio RAPPAPORT: Con diafragmas y campanas de diferentes tamaños intercambiables, conector de tubo doble recto de campana patentado para una percepción acústica óptima, diseño de fácil giro de la campana con llave para facilitar la forma de reemplazar los diafragmas, aros seguros posicionados sobre el tronco para prevenir el ingreso de cuerpo extraños en la campana. oscuro. Longitud 55.8 cm.
- Báscula mecánica de columna seca 711 con tallímetro seca 220: capacidad de hasta 220 kg, diseñada específicamente para el pesaje de personas con sobrepeso y adiposidad; las amplias dimensiones y la escasa altura de la plataforma facilitan la subida a la báscula, y la superficie de caucho antideslizante con estructura ranurada ofrece una seguridad adicional para los pies. Permite dos operaciones: realizar el pesaje y la medición de la talla en una sola operación. Función de ajuste a cero.

- Cinta métrica con calibrador Seca 201: cinta ergonómica para medir circunferencias con una precisión milimétrica. El mecanismo de alta calidad asegura la fácil extracción de esta cinta de 205 cm y con bloqueo preciso. La caja de formas ergonómicas es agradable al tacto.

2.2.7.3 MODALIDAD DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La información necesaria para este estudio se recolectó de la siguiente manera:

- Pre-test: aplicación de medición basal al grupo experimental y control, previo consentimiento informado (Anexo J):
 - Cuestionario de Datos Biosociodemográficos y de Salud, Cuestionario SF-36, Escala de Autoeficacia General, Escala de Percepción Apoyo Social, aplicados por una persona encuestadora capacitada por la tesista.
 - Indicadores de salud física: presión arterial sistólica y diastólica, medición de peso, talla, cálculo de IMC, circunferencia abdominal, realizada por interno de enfermería y enfermera (la tesista). El perfil lipídico realizado en prueba de bioquímica sanguínea en el Laboratorio Clínico Dr. Gustavo Torrejón, por ser considerado uno de los mejores laboratorios de Concepción.
- Intervención de Enfermería: Se desarrollaron 15 sesiones: 10 presenciales con una hora de duración máximo y 5 sesiones telefónicas de aproximadamente 15 minutos cada una. La distribución de las sesiones se muestra a continuación en la tabla 9:

Tabla 9. Cronograma Intervención Innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica en Salud Cardiovascular

FECHA	SESIÓN	PRESENCIAL	TELEFÓNICA	ACTIVIDAD
Abril	---			PRE-TEST
07 Mayo	1	X		Salud, Calidad de vida relacionada con salud y Expectativas de Cambio
28 mayo	2	X		Menos Riesgo, Más Salud
17 junio	3	X		Hipertensión
24 junio	4		X	Hipertensión
01 junio	5		X	Hipertensión
08 julio	6		X	Dislipidemia
15 julio	7		X	Dislipidemia
22 julio	8		X	Dislipidemia
29 julio	9	X		Comer Sano
19 agosto	10	X		Comer Sano
09 setiembre	11	X		Salud Bucodental
30 setiembre	12	X		Movimiento
21 octubre	13	X		Anti-estrés
11 noviembre	14	X		¡Estoy Bien!
18 noviembre	15	X		Haciendo un recorrido por las sesiones recibidas y el impacto en la calidad de vida relacionada con salud
02 diciembre	---			POS-TEST

Los temas a tratar estuvieron relacionados con: calidad de vida y salud, factores de riesgo cardiovascular, alimentación saludable, actividad física, autoestima, manejo del estrés y conocimiento de cada una de las patologías presentadas por las personas. Las sesiones fueron desarrolladas por la tesista.

Fue requerido para la Intervención Innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica, contar con una voluntaria del área de salud que colaboró junto con un interno de Enfermería en la aplicación de los instrumentos y medición de otros parámetros, previa capacitación realizada por la tesista; además de la colaboración en labores administrativas.

- Pos-test: aplicación de medición final al grupo experimental y control, por una persona encuestadora capacitada por la investigadora.
 - Verificación de Datos Biosociodemográficos y de Salud, Cuestionario SF-36, Escala de Autoeficacia General, Escala de Percepción Apoyo Social, aplicados por una persona encuestadora capacitada por la tesista.

- Indicadores de salud física: presión arterial sistólica y diastólica, medición de peso, talla, cálculo de IMC, circunferencia abdominal, realizada por interno de enfermería y enfermera (la tesista). El perfil lipídico realizado en prueba de bioquímica sanguínea en el Laboratorio Clínico Dr. Gustavo Torrejón, Concepción.
- Los instrumentos se aplicaron mediante entrevista personalizada.
- La Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica en Salud Cardiovascular se llevó a cabo en el espacio físico de la Unidad de Prevención del Sobrepeso y Obesidad (UPOS), instancia de la Universidad de Concepción.

2.2.8 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

La organización, el procesamiento y el análisis estadístico de los datos obtenidos, se realizó utilizando el programa computacional SPSS Statistics versión 19.0 para Windows 8.

El análisis de resultados se llevó a cabo según el nivel de medición de cada variable y se presentan en el plan de análisis. Previo a cada análisis los datos fueron sometidos a análisis de distribución usando el test Shapiro-Wilk. Las variables que presentaron distribución normal fueron analizadas mediante test de t de student y las que no presentaron distribución normal la comparación entre grupos se realizó mediante el test de Mann-Whitney para dos grupos. Para la comparación de medias se utilizó test de Wilcoxon y Test t para grupos pareados, según el tipo de distribución. Los resultados se expresaron en promedio con su desviación estándar y en algunos casos la mediana con sus respectivos rangos intercuartílicos. Las significancias estadísticas se calcularon de acuerdo a test indicado para cada tipo de distribución.

2.2.8.1 PLAN DE ANÁLISIS

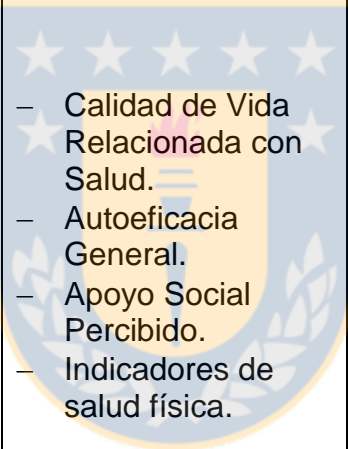
Grupo Control

Objetivo	Variables	Tipo de Análisis	Estadígrafos utilizados
<p>Determinar la calidad de vida relacionada con salud, en una medición pre y post-test, en las personas con factores de riesgo cardiovascular, usuarias del PSCV de los Centros de Salud Municipales de Concepción.</p>	<p>CVRS CSF: FF, RF, DC, SG CSM: VT, FS, RE, SM</p>	<p>Descriptivo Inferencial</p>	<p>Medidas de tendencia central: media, D.E., valor mínimo y máximo, rangos intercuartílicos. U de Mann-Whitney y «t» de Student.</p>
<p>Determinar la percepción de autoeficacia, en una medición pre y pos-test, de las personas con factores de riesgo cardiovascular, usuarias del PSCV de los Centros de Salud Municipales de Concepción.</p>	<p>Autoeficacia General</p>	<p>Descriptivo Inferencial</p>	<p>Medidas de tendencia central: media, D.E., valor mínimo y máximo, rangos intercuartílicos. U de Mann-Whitney.</p>
<p>Determinar la percepción de apoyo social, en una medición pre y pos-test, de las personas con factores de riesgo cardiovascular, usuarias del PSCV de los Centros de Salud Municipales de Concepción.</p>	<p>Apoyo Social Percibido</p>	<p>Descriptivo Inferencial</p>	<p>Medidas de tendencia central: media, D.E., valor mínimo y máximo, rangos intercuartílicos. U de Mann-Whitney.</p>
<p>Describir indicadores de salud física en una medición pre y pos-test, de las personas con factores de riesgo cardiovascular, usuarias del PSCV de los Centros de Salud Municipales de Concepción.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Presión Arterial Sistólica y Diastólica - IMC - CA - Col-Total - Col-HDL - Col-LDL - Triglicéridos - LDL/HDL - CT/HDL - Riesgo Coronario a 10 años 	<p>Descriptivo Inferencial</p>	<p>Medidas de tendencia central: media, D.E., valor mínimo y máximo, rangos intercuartílicos. U de Mann-Whitney y «t» de Student.</p>

Grupo Experimental

Objetivo	Variables	Tipo de Análisis	Estadísticos utilizados
Determinar la CVRS, en una medición pre y pos-test, en las personas con factores de riesgo cardiovascular, usuarias del PSCV de los Centros de Salud Municipales de Concepción.	CVRS: CSF: FF, RF, DC, SG CSM: VT, FS, RE, SM	Descriptivo Inferencial	Medidas de tendencia central: media, D.E., valor mínimo y máximo, rangos intercuartílicos. U de Mann-Whitney y «t» de Student.
Determinar la percepción de autoeficacia, en una medición pre y pos-test, de las personas con factores de riesgo cardiovascular, usuarias del PSCV de los Centros de Salud Municipales de Concepción.	Autoeficacia General	Descriptivo Inferencial	Medidas de tendencia central: media, D.E., valor mínimo y máximo, rangos intercuartílicos. U de Mann-Whitney.
Determinar la percepción de apoyo social, en una medición pre-test y pos-test, de las personas con factores de riesgo cardiovascular, usuarias del PSCV de los Centros de Salud Municipales de Concepción.	Apoyo Social Percibido	Descriptivo Inferencial	Medidas de tendencia central: media, D.E., valor mínimo y máximo, rangos intercuartílicos. U de Mann-Whitney.
Describir indicadores de salud física en una medición pre y pos-test, de las personas con factores de riesgo cardiovascular, usuarias del PSCV de los Centros de Salud Municipales de Concepción.	Presión Arterial Sistólica y Diastólica IMC CA Col-Total Col-HDL Col-LDL Triglicéridos LDL/HDL CT/HDL Riesgo Coronario a 10 años	Descriptivo Inferencial	Medidas de tendencia central: media, D.E., valor mínimo y máximo, rangos intercuartílicos. U de Mann-Whitney y «t» de Student.
Explorar significado de vivir con expectativas de cambio y la influencia en CVRS.	CUALITATIVO: Método de Investigación Parse, Fenomenológico-Hermeneúico		

Para el grupo experimental y control:

Objetivo	Variables	Tipo de Análisis	Estadísticos utilizados
<p>Describir el perfil biosociodemográfico y de salud.</p>	<p>Características biosociodemográficas y de salud</p>	<p>Descriptivo Inferencial</p>	<p>Medidas de tendencia central: media, D.E., valor mínimo y máximo, rangos intercuartílicos. Frecuencias relativas y absolutas. Chi cuadrado «χ^2» de Student</p>
<p>Determinar el efecto de la intervención innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica en Salud Cardiovascular en el grupo experimental versus el abordaje tradicional en el grupo control en lo que respecta:</p> <ol style="list-style-type: none"> CVRS Autoeficacia Percibida Apoyo Social Percibido Indicadores de salud física 	 <ul style="list-style-type: none"> - Calidad de Vida Relacionada con Salud. - Autoeficacia General. - Apoyo Social Percibido. - Indicadores de salud física. 	<p>Diferencia de medidas</p>	<p>Test «t» para grupos pareados Test de Wilcoxon</p>

2.3 MÉTODO SECUNDARIO: CUALITATIVO

Esta investigación de Enfermería aplica el método Parse (167), fue seleccionado como guía de este estudio porque tiene como objetivo descubrir la estructura universal de las experiencias vividas y en esta investigación se trabajará con la estructura de la experiencia de vida “*vivir con expectativas de cambio*” en la población participante, como fenómeno de la calidad de vida relacionada con salud. El método Parse es un método fenomenológico-hermenéutico diseñado para incrementar la comprensión de las experiencias de vida que propone la teoría del desarrollo humano. Es fenomenológico porque descubre la estructura de experiencias de vida descritas por los y las participantes con el propósito de comprender el significado; y es hermenéutico porque interpreta los hallazgos (167).

2.3.1 SELECCIÓN DE PARTICIPANTES

Participaron 14 personas, 11 mujeres y 3 hombres, pertenecientes al grupo experimental, quienes recibieron la Consejería de Enfermería. Se estableció el diálogo comprometido con los participantes en dos momentos: en la primera sesión de la Consejería, donde se definieron las expectativas de cambio a trabajar y en la última sesión de la Consejería donde se dialogó sobre la experiencia de vivir con las expectativas de cambio fijadas al inicio del proceso de intervención.

Los/as participantes fueron seleccionados por conveniencia de acuerdo con los criterios de inclusión antes descritos, pero además tomando en consideración los puntajes obtenidos en la medición pre-test de los cuestionarios: SF-36, Escala de Autoeficacia General y Escala de Apoyo Social Percibido, de modo que quedaran representadas personas que presentaron mayores puntajes, puntajes intermedios y menores puntajes.

El número de participantes se definió a partir de la saturación de los resultados.

2.3.2 PROCESO DE INVESTIGACIÓN

El proceso de investigación con este método consiste en tres pasos (167):

- a. Intervención Dialógica: es el proceso de recolección de los datos. Es un diálogo donde la investigadora en verdadera presencia con él o la participante explora la experiencia de vida del fenómeno en estudio, en este caso *vivir con expectativas de cambio*. Los/as participantes fueron informados del fenómeno en estudio y la importancia de responder reflejando sus experiencias de vida en dicho fenómeno. La investigadora inició el diálogo preguntando al participante qué le cuentara acerca de su experiencia de vida de *vivir con expectativas de cambio*, durante el proceso de participación en la Intervención Innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica en salud cardiovascular. La investigadora propició el diálogo con preguntas generadoras y haciendo comentarios tales como: “Por favor explíqueme más acerca de la experiencia que me menciona...” Se establecieron diálogos con los/as participantes con una duración entre 30 y 60 minutos, dependiendo de cuánto desearon extenderse en el diálogo acerca del fenómeno en estudio. Los diálogos fueron grabados y luego transcritos palabra por palabra. La confidencialidad y el anonimato de los/as participantes se garantizó al cambiar los nombres en la transcripción de la grabación y en el reporte escrito. Todas las grabaciones fueron borradas y las transcripciones eliminadas al final del estudio. Estas transcripciones condujeron a la investigadora al próximo proceso: extracción-síntesis.
- b. Extracción-Síntesis: La investigadora escuchó las grabaciones de los diálogos y leyó las transcripciones en profunda concentración. Se extrajeron los significados de las experiencias de los participantes de *vivir con expectativas de cambio*, en el lenguaje de los/as participantes, según lo describieron. La investigadora descubrió la estructura de la experiencia vivida. El proceso de extracción síntesis es descrito por Parse como:
 - Sintetizando una historia que captura las principales ideas acerca del fenómeno de interés para cada diálogo con los/as participantes.

- Extrayendo-sintetizando las esencias del lenguaje de los/as participantes de la grabación y descripción en las transcripciones. La esencia son expresiones concisas de las principales ideas acerca del fenómeno de interés como fue descrito por los/as participantes.
 - Extrayendo-sintetizando las esencias en el lenguaje de la investigadora. Lenguaje- arte es una declaración estética conceptualizada por la investigadora cuando sintetizó las principales ideas de la esencia en el lenguaje de la investigación. La esencia surge directamente de las descripciones de los/as participantes.
 - Extrayendo-sintetizando principales conceptos del lenguaje-arte de todos los/as participantes. Principales conceptos son ideas (escritas en frases) que captura el significado central del lenguaje-arte de cada uno/a de los/as participantes.
 - Sintetizando una estructura de experiencia vivida de los/as principales conceptos. Una estructura es una declaración conceptualizada por la investigadora al sintetizar los principales conceptos. La estructura es la respuesta desarrollada de uno de los objetivos de la investigación planteados.
- c. Interpretación Heurística: dimensión interpretativa, enlazó la estructura (el hallazgo del estudio) con los principios del desarrollo humano, con el fin de incrementar el conocimiento y crear ideas para futuras investigaciones (167). El propósito de la interpretación heurística es una trasposición estructural, integración conceptual y expresión artística.

2.3.3 RIGOR Y CREDIBILIDAD

El criterio de Parse (167-168) para la valoración crítica de la investigación cualitativa es fundamental y clarifican en cuatro dimensiones:

- **Conceptual:** consiste en valorar a través del criterio de fundamentación y claridad de la presentación del fenómeno en estudio, que se presentó en el marco teórico- referencial y la pregunta de investigación.

- **Ética:** Esta investigación cumplió con los siete requisitos de Emmanuel.
- **Metodológica:** requirió consistencia entre el método usado para responder a la pregunta de investigación y el marco referencial que apuntaló el estudio. Fue necesaria para la congruencia metodológica (169):
 - Rigor en la documentación: presentación de todos los elementos del estudio cualitativo, incluyó: fenómeno de interés, propósito, significancia, teoría de investigación, pregunta de investigación, estrategias de recolección de datos, estrategias para el análisis de datos y revisión de literatura, presentación y discusión de los hallazgos y conclusión con implicaciones y sugerencias para futuros estudios.
 - Rigor en el procedimiento: rigor que la investigadora usó para aplicar el proceso de identificación del método investigativo. Por medio del estudio y asesoría en este método.
 - Auditoría: obtención de datos y elección de los ejemplos de datos que fueron incluidos en la investigación.
- Interpretativa. **Análisis preciso:** esfuerzo de la investigadora para documentar la transformación a los diferentes niveles de abstracción a partir de la descripción de los participantes. **Conexión teórica:** requirió que los hallazgos del estudio fueran conectados al conocimiento específico de la disciplina, conectar los hallazgos a la teoría. **Relevancia heurística:** es el valor de los hallazgos de investigación para los lectores (169). Este incluyó la habilidad de identificar en los hallazgos el fenómeno de estudio, reconocer esta conexión con la teoría y la utilidad para la práctica de Enfermería y futuras investigaciones. Parse (169) direcciona la relevancia heurística, la forma en que las descripciones le dan soporte a las declaraciones interpretativas y la precisión en la interpretación para la relevancia del estudio.

2.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS PARA MÉTODO PRIMARIO Y SECUNDARIO

Toda investigación científica debe contemplar los requisitos internacionales de la ética, incluidos en los principios éticos de Emmanuel (170):

- a. Valor:** Este estudio comprobó la efectividad de una Intervención Innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica en salud cardiovascular, dirigida a: control de factores de riesgo cardiovascular, mejoramiento de la calidad de vida relacionada con salud, fortaleciendo la autoeficacia, el apoyo social y estructurando el fenómeno de “vivir con expectativas de cambio” de las personas usuarias del Programa de Salud Cardiovascular de los Centros de Salud Municipalizados de Concepción; reflejando una relevancia social desde el punto de vista de salud pública, como una manera de abordar el tema desde el conocimiento científico y la construcción propia de conocimiento, desde los/as usuarios/as y la propia disciplina de Enfermería, que permite a la profesión establecer puentes de comunicación efectivos con otras disciplinas; aseguró que los sujetos de investigación no fueran expuestos a riesgos sin la posibilidad de algún beneficio personal o social.
- b. Validez Científica.** Correspondió a una investigación con una metodología válida y realizable; como lo es el diseño mixto anidado o incrustado, porque permitió una mirada más amplia del tema en estudio. El método primario fue el cuantitativo, experimental de pre y pos-test, donde se aplicaron instrumentos validados en Chile y una Intervención Innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica en salud cardiovascular; y el método secundario fue el cualitativo, fenomenológico-hermenéutico. A través de este diseño, se dió respuesta a los objetivos propuestos. Cuenta con un marco referencial que expuso el estado del arte del tema y la fundamentación del problema en estudio. Por lo tanto, cumplió con los criterios de una investigación científica válida y de posible ejecución.

c. Selección equitativa de los sujetos. Son cuatro fases las que se debieron cumplir en este requisito:

- Asegurar que se seleccionen grupos específicos de sujetos por razones relacionadas con las interrogantes científicas incluidas en la investigación: los/as participantes fueron personas con factores de riesgo cardiovascular usuarias del Programa de Salud Cardiovascular de los Centros de Salud de Concepción, que aún no han sufrido ningún evento cardiovascular.
- A todas las personas que cumplieron con los requisitos de inclusión, se les ofreció la oportunidad de participar en la investigación, a menos que existieran buenas razones científicas o de riesgo que restringiesen su elegibilidad: la población participante estuvo constituida por un grupo control y un grupo experimental. Se realizó randomización de la población participante para la distribución en cada grupo. Las personas con factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, dislipidemia, sobrepeso) fueron identificadas a través del programa AVIS y los registros de cardiovascular de los Centros de Salud Municipalizados de Concepción, Chile.
- Esta investigación consideró que las personas participantes fueron los beneficiarios directos de los resultados y la propuesta que surgió de esta investigación; sin embargo sus familias y personas cercanas fueron beneficiarios indirectos, ya que los/as participantes se convirtieron en agentes multiplicadores.
- La selección de sujetos se diseñó para reducir al mínimo los riesgos para los sujetos, se contempló la posibilidad de tener que brindar contención emocional a causa de evocar sentimientos referentes a su salud, por lo tanto se contó con preparación para realizar intervención de ayuda o una intervención en crisis y en caso extremo referir a especialista. Se consideró que al ser un estudio randomizado se maximizan los beneficios sociales y científicos de los resultados de la investigación.

d. Proporción favorable riesgo- beneficio. Incorporó los principios de no-maleficencia (no causó daño a ninguna persona, redujo al mínimo los riesgos de la investigación) y beneficencia (obligación moral de actuar en beneficio de

otros). Por lo tanto, fue necesario maximizar los beneficios de la investigación tanto para el sujeto individual como para la sociedad. Se requirió tener la seguridad de que los beneficios excedieran los riesgos por la necesidad de evitar la explotación de las personas. En este estudio los riesgos asociados a la participación de las personas con factores de riesgo cardiovascular fueron mínimos, ya que se tomó en cuenta que podrían evocarse situaciones relacionadas a su calidad de vida que apelaban a su salud o historia de vida, que pudieron ser poco agradables o incomodar a las persona participantes durante o posterior a la aplicación del diálogo comprometido. Sin embargo, se estimó que los beneficios potenciales fueron mayores que los riesgos a los cuales se pudieron exponer a los/as participantes de la investigación.

- e. Evaluación independiente.** Con el fin de evitar conflicto de intereses, la investigación fue revisada por peritos apropiados que no están afiliados al estudio y que tienen autoridad para aprobar, enmendar o, en casos extremos, cancelar la investigación. Además de verificar el cumplimiento de la responsabilidad social que conlleva una investigación científica. Es importante que la investigación aparte de cumplir con un requisito académico, aporte a la sociedad con un beneficio y una propuesta dirigida al área de la salud como un aporte desde la disciplina de Enfermería a las necesidades evidenciadas, una de ellas son las enfermedades cardiovasculares, la calidad de vida relacionada con salud y el fortalecimiento del nivel de atención primario de la salud en esta temática. Por esta razón, se sometió a la evaluación del Comité Ético-Científico de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, acatándose las recomendaciones dadas y a pares evaluadores externos para su evaluación. Asimismo, al Comité de Ética de cada uno de los seis CESFAM Municipalizados de Concepción para que la Dirección de Administración de Salud de Concepción pudiera otorgar el aval para la realización de la tesis (Anexo K). Se formuló el proyecto de investigación en formato de postulación a concurso para dos entes financiadores: Fonis, Convenio de Desempeño UCO1201 UCO1201 e Innova Bío Bío, en este segundo se adjudicaron dos proyectos, el de Línea de

Financiamiento de Tesis y el 11avo Concurso de Innovación Emprendedora.
(Anexo L)

- f. Consentimiento Informado.** La finalidad del consentimiento informado fue asegurar que los individuos que participaron en la investigación la consideraron compatible con sus valores, intereses y preferencias; se justificó por la necesidad del respeto a las personas y a sus decisiones autónomas. Dicho consentimiento fue solicitado a las personas que cumplieron con los requisitos de inclusión para participar en el estudio, la aceptación de participar fue libre y voluntaria. Se resguardó la confidencialidad y anonimato de los datos mediante el consentimiento informado, como requisito individual de cada participante. Además se dejó claro que las personas se podían retirar del estudio en el momento que lo consideraran conveniente.
- g. Respeto a los sujetos inscritos.** Implicó al menos cinco actividades diferentes:
- Permitted que la persona cambiara de opinión, a decidir que la investigación no concordaba con sus intereses o preferencias, y a retirarse sin sanción: en todo momento la investigación tuvo como requisito la voluntariedad en la participación.
 - Se recopiló información sustancial sobre los sujetos inscritos, su privacidad fue respetada, administrando la información de acuerdo con reglas de confidencialidad: información recolectada fue manejada con total confidencialidad, se comunicó de manera clara acerca de los potenciales beneficios y riesgos que podrían surgir durante el curso de la investigación: se adquirió el compromiso de informar sobre cambios que emergieran en la investigación tras el avance de la misma.
 - Si se obtenían datos nuevos, información acerca de los riesgos y beneficios de las intervenciones utilizadas, debió proporcionársele esta nueva información a los sujetos inscritos.
 - En reconocimiento a la contribución de los sujetos con la investigación “Efecto de Intervención Innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica en Salud Cardiovascular en Atención Primaria”, se

establecieron mecanismos para informarlos sobre los resultados y lo que se aprendió de la investigación: se realizó una actividad de término de la fase de Intervención, en el mes de diciembre 2013, en el auditorio de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, la cual contó con la participación de las autoridades del Departamento de Enfermería y del Programa de Doctorado, así como funcionarios/as de los Centros de Salud Municipalizados de Concepción y personas de diferentes instancias de la UdeC involucradas en el estudio; se invitó a todos/as los/as participantes del grupo experimental para realizar homenaje de su participación, se entregaron los resultados preliminares de lo sucedido con la intervención en el grupo experimental y se entregó a cada usuario/a una constancia por su participación en todas las sesiones de la Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica en Salud Cardiovascular (Anexo M). Para cumplir con el compromiso establecido de la devolución de los resultados obtenidos, se invitará a todas las personas participantes (grupo control y grupo experimental), así como a los equipos del Programa de Salud Cardiovascular de los Centros de Salud Municipalizados de Concepción, autoridades de la Dirección Administración de Salud Concepción, funcionarios/as de diferentes instancias de la UdeC involucradas en esta investigación, a participar en la Defensa de Tesis y Examen de Grado. Además se realizará registro de video streaming, el cual se podrá acceder desde la página web del Programa de Doctorado o en DVD, para las personas que no puedan asistir a la Defensa de Tesis.

- El bienestar del sujeto se vigiló cuidadosamente a lo largo de su participación: se garantizó el resguardo del bienestar de la población seleccionada durante su participación en el estudio, por medio de la confidencialidad de la información brindada, el anonimato y la contención con la intervención de ayuda, cuando emergieron en situaciones que lo ameritaron durante la intervención.

3. INTERVENCIÓN INNOVADORA: CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA PERSONALIZADA, PRESENCIAL Y TELEFÓNICA EN SALUD CARDIOVASCULAR

Este apartado tiene como propósito conceptualizar la consejería de enfermería y los elementos operativos que incorporó la Intervención Innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica en Salud Cardiovascular implementada en esta investigación, la cual contó con la elaboración de un software específico que contribuyó al desarrollo interactivo de las temáticas abordadas en las sesiones de consejería con la población participante. Además se acompañó cada sesión con un cuaderno de trabajo, el cual se diseñó como material de apoyo, que permitiera la retroalimentación de los temas abordados durante el proceso. Cabe destacar, que el descubrir y atender las expectativas de cambio de las/os usuarias/os, facilitó a la enfermera que ejecutó la intervención dar respuesta a las dudas e inquietudes para favorecer el control de los factores de riesgo cardiovascular y fortalecer autoeficacia y apoyo social, con el fin de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida.

3.1 CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA

Se entiende por consejería de enfermería un proceso existencial que se centra en los significados de las experiencias de vida de salud de las personas. La consejería se convierte en un proceso de intercambio (171) basado en una comunicación efectiva y de apoyo cara a cara; donde se exploran y expresan sentimientos, pensamientos y actitudes, con el fin de clarificar los comportamientos o conductas en relación a una determinada situación de salud, para orientar la toma de decisiones (171-172). Pero además, es una herramienta eficaz en la ejecución de acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades (173).

La aplicación de una consejería en enfermería tiene como objetivos: reducir el impacto emocional en los/as usuarios frente a situaciones de crisis asociadas a factores de riesgo, generar espacios de comunicación al interior de la familia, fomentar la adherencia a tratamientos farmacológico y no farmacológico, facilitar la

percepción de los propios riesgos y la adopción de prácticas más seguras para la prevención y favorecer la adopción de estilos de vida saludable (173).

Aspectos fundamentales de una Consejería de Enfermería (172,174):

- Reflexión de la realidad en salud que vive el/la usuario/a.
- Respeto a la autonomía y poder de decisión del usuario/a.
- Reconocer el derecho que tiene el/la usuaria/o a la información y resolución de dudas.
- Tomar en cuenta las diferencias por sexo y género en las acciones a desarrollar.
- Planificación y ejecución de la consejería apegada a los principios éticos universales.
- Propiciar en todo momento la dignidad humana.
- Equidad en la atención que se brinda.
- Elaborar un plan de acción de acuerdo con las expectativas de cambio que tiene la persona usuaria.
- No emitir juicios de valor.

Cualidades del profesional de Enfermería que realiza una consejería (172,174):

- Competencia profesional y dominio técnico, se relaciona con el conocimiento del tema a tratar y las herramientas que se implementen.
- Responsabilidad por las acciones que se llevan a cabo.
- Sensibilidad humana y social, acerca de la expresión de las vivencias emocionales y el contexto que rodea al usuario/a.
- Interés en la situación que se está trabajando.
- Creatividad
- Respeto por la experiencia previa de la persona y sus resistencias al cambio.
- Habilidad de expresión
- Confidencialidad
- Capacidad de autoevaluación.

El objetivo general de la Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica en Salud Cardiovascular es acompañar a las personas usuarias en el proceso de definir y lograr el cumplimiento de expectativas de cambio que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida relacionada con salud, por medio de acciones encaminadas a controlar los factores de riesgo cardiovascular y fortalecer autoeficacia y apoyo social.

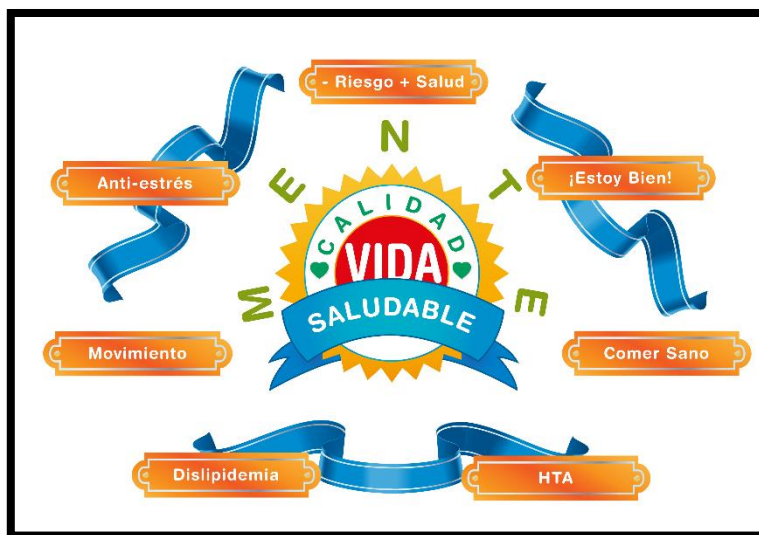
3.2 ELEMENTOS OPERATIVOS

3.2.1 CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA PERSONALIZADA, PRESENCIAL Y TELEFÓNICA EN SALUD CARDIOVASCULAR

La Consejería tiene como eje central la Calidad de Vida Saludable, se diseñó con base en las necesidades de salud de la población meta (personas con hipertensión, dislipidemia y sobrepeso) e incorpora la autoeficacia, el apoyo social y los principios de la teoría *Humanbecoming*.

Se elaboró un software interactivo que guía cada uno de los temas abordados en las sesiones de consejería y material de trabajo específico, todo con una línea gráfica que lo identifica; contribuye con el desarrollo temático de las sesiones (Figura 3).

Figura 3: Temas Desarrollados en las Sesiones de Consejería



Se tomaron en consideración dos criterios para la elección de los temas a trabajar en la consejería de enfermería en salud cardiovascular:

- a. Las expectativas de cambio que tenían las personas participantes en la consejería de Enfermería, después de revisar el concepto de salud, calidad de vida relacionada con salud, autoeficacia y apoyo social.
- b. Los factores de riesgo modificables o controlables directos: hipertensión arterial, dislipidemia -salud bucodental por su asociación con la enfermedad periodontal (175-176)-, alimentación (consumo de frutas y vegetales, cantidad de sodio y azúcar, tipos de grasa). Y los factores controlables indirectos: manejo del estrés y actividad física. Asimismo se incluyeron las temáticas de menopausia y andropausia, ya que es un proceso biológico que influye en la salud cardiovascular e impacta en la autoestima.

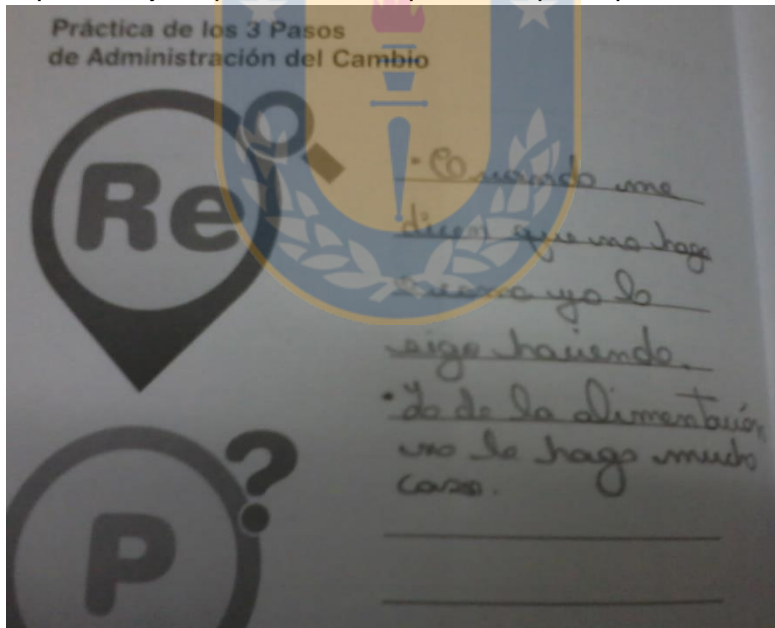
Durante el proceso de intervención, se orienta a la persona a poner en práctica el proceso de administración del cambio, que consiste en tres pasos, técnica RE.P.E. (Figura 4 y 5):

1. Revisar (RE): hacer un listado de los pensamientos positivos y negativos en salud para identificarlos.
2. Preguntar (P): con los pensamientos negativos identificados, se empieza a preguntar ¿qué lo causa? ¿por qué aparece? ¿qué sentimiento provoca?
3. Elegir (E): las respuestas obtenidas en las preguntas planteadas, brindan las opciones del cambio a elegir. De manera que se logra ser más honesto/a con uno/a mismo/a y distinguir con claridad si algo se hace porque se es capaz o no se hace porque no se quiere o no se puede.

Figura 4. Procesos para la administración del cambio



Figura 5. Ejemplo trabajado por una de las personas participantes



Cada temática está unida con la CVRS, haciendo énfasis en el poder que ejerce la mente para realizar tomar decisiones sobre las modificaciones en la conducta, es decir, si se suma “quiero” con “puedo”, se obtiene “soy capaz” de lograr las metas propuestas en salud. Se ilustra con la siguiente figura 6:

Figura 6. Poder de la Mente



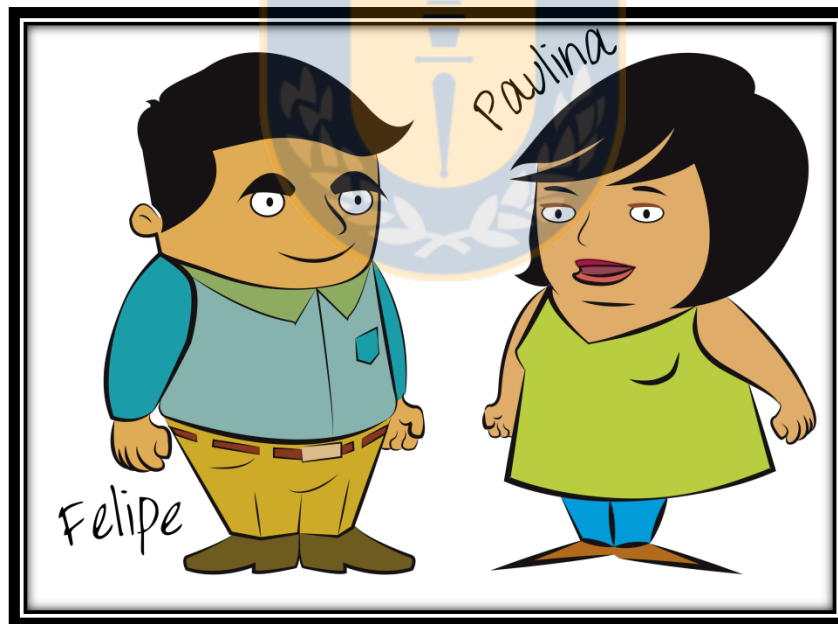
Se realiza una analogía de que el cerebro es como el mar, donde las olas representan la confluencia de ideas y sentimientos (figura 7). Pero también, en el mar habitan especies de peces como la trucha, el atún, el sierra, la merluza, los cuales son saludables, por lo tanto, representan los pensamientos positivos, un ejemplo de pensamiento positivo lo constituye *“voy a salir a caminar todas las tardes porque quiero bajar de peso”, “voy a reducir mi consumo de completos porque quiero bajar el colesterol y controlar mi presión arterial”* y las pirañas simbolizan los pensamientos negativos, ejemplificados de la siguiente manera *“me voy a quedar viendo televisión y tomando once en lugar de salir a caminar”* y matan a los peces saludables; de manera que obstaculiza el cambio. Forma parte de los seres humanos tener ambos pensamientos, el problema surge cuando se tiene la información y las herramientas requeridas para realizar cambios en el estilo de vida y no se ejecutan acciones en favor de esto, porque invaden los pensamientos negativos, es decir, “las pirañas”. Cuando se detectan estas circunstancias es que se plantea el proceso de administración del cambio para realizar una revisión con uno/a mismo/a sobre ¿cuál es la razón por la que no se llevan a cabo acciones en favor de la salud?

Figura 7. Analogía del mar



Para cada temática se utilizaron personajes que identificaran a la población con la que se trabaja, se muestran en la figura 8.

Figura 8. Personajes



Además se elaboró un cuaderno de trabajo, que refuerza lo visto en las sesiones por medio de tareas que deben realizarse durante y después de la sesión y comprueba el grado de comprensión y avance. Figura 9.

Figura 9. Material de Trabajo



3.2.2 SESIONES DE LA CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA PERSONALIZADA, PRESENCIAL Y TELEFÓNICA EN SALUD CARDIOVASCULAR

Sesión 1: Salud, Calidad de Vida Relacionada con Salud (CVRS) y Expectativas de Cambio.

Tiempo estimado de la sesión: 1 hora

Objetivo General: La persona participante evidenciará la realización de estrategias en beneficio de su calidad de vida relacionada con la salud.

Objetivos de Aprendizaje: Al finalizar la sesión, la persona participante podrá:

- Identificar lo que significa salud.
- Identificar la importancia de la autoeficacia y el apoyo social en la calidad de vida relacionada con salud.
- Reflexionar sobre el proceso de administración del cambio y aplicarlo a su vivencia.
- Determinar las expectativas de cambio que va a trabajar durante los meses de Consejería de Enfermería en Salud Cardiovascular y que van a contribuir a mejorar su calidad de vida relacionada con salud.

Materiales: Material educativo, computadora, data, esencia, carpeta, lápiz, cuaderno de trabajo.

Preparación previa

- 1 Familiarícese con el contenido de la temática antes de cada consejería.
- 2 Arreglar el consultorio de modo que la persona participante se sienta cómoda y en confianza.
- 3 Agende y confirme la hora de asistencia a la sesión para cada persona participante.
- 4 Verifique que cuenta con la cantidad de material requerido para la sesión.
- 5 Verifique que cuenta con la cantidad de refrigerios saludables requeridos.

Antes de iniciar la Sesión de Consejería

- 1 Brinde una cordial bienvenida a la persona participante y agradezca su presencia.

- 2 Brinde un refrigerio saludable, por ejemplo: frutos secos sin sal, jugo sin azúcar, barras de cereal. (Figura 10)

Figura 10. Refrigerio Saludable



- 3 Explique brevemente la metodología de la intervención (consejerías) y los beneficios que podrían obtener con su participación.
- 4 En caso de que sea necesario aclare dudas y brinde recomendaciones.
- 5 Escuchar los problemas prioritarios que la persona desee exponer y buscar dentro de lo posible alguna solución o apoyo

Desarrollo Sesión de Consejería:

- 1 Pregunte a la persona participante la definición de salud, según su opinión.
- 2 Pregunte a la persona participante si cree que existe una relación entre salud y calidad de vida (Figura 11).

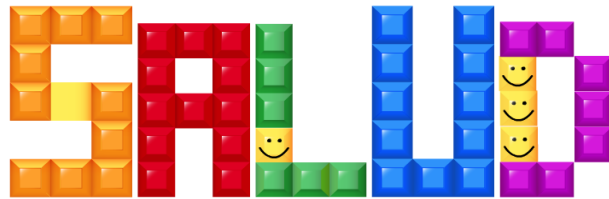
Figura 11: Pantallas software concepto de salud



- 3 Desarrolle el tema “Calidad de Vida Relacionada con Salud”: concepto de salud, criterios de valoración: funcionamiento físico, bienestar psicológico, estado emocional, dolor, funcionamiento social y percepción general de la salud.(Figura 12)

Figura 12. Pantallas Software CVRS

estado físico, emocional y social



Funcionamiento Físico

Bienestar Psicológico

Dimensiones de la CVRS

Dimensiones de la CVRS

Estado Emocional

Dimensiones de la CVRS

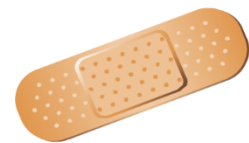
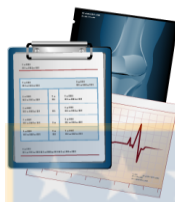
Dimensiones de la CVRS

Funcionamiento Social

Dimensiones de la CVRS

Percepción General de Salud

Dimensiones de la CVRS



- 4 Enlace el tema de autoeficacia y apoyo social con la calidad de vida relacionada con salud (Figura 13).

Figura 13. Pantallas software Apoyo Social y Autoeficacia



Permita la expresión de dudas o comentarios de la persona usuaria acerca del tema.

- 5 Revise el proceso de administración para el cambio. (Figura 14).

Figura 14. Pantallas Software Proceso de Administración del Cambio



Involucra que la persona tome conciencia de sus pensamientos y tome el riesgo de abandonar lo que es conocido y confortable (pero no necesariamente saludable), y se desplace hacia lo nuevo y no necesariamente placentero al inicio



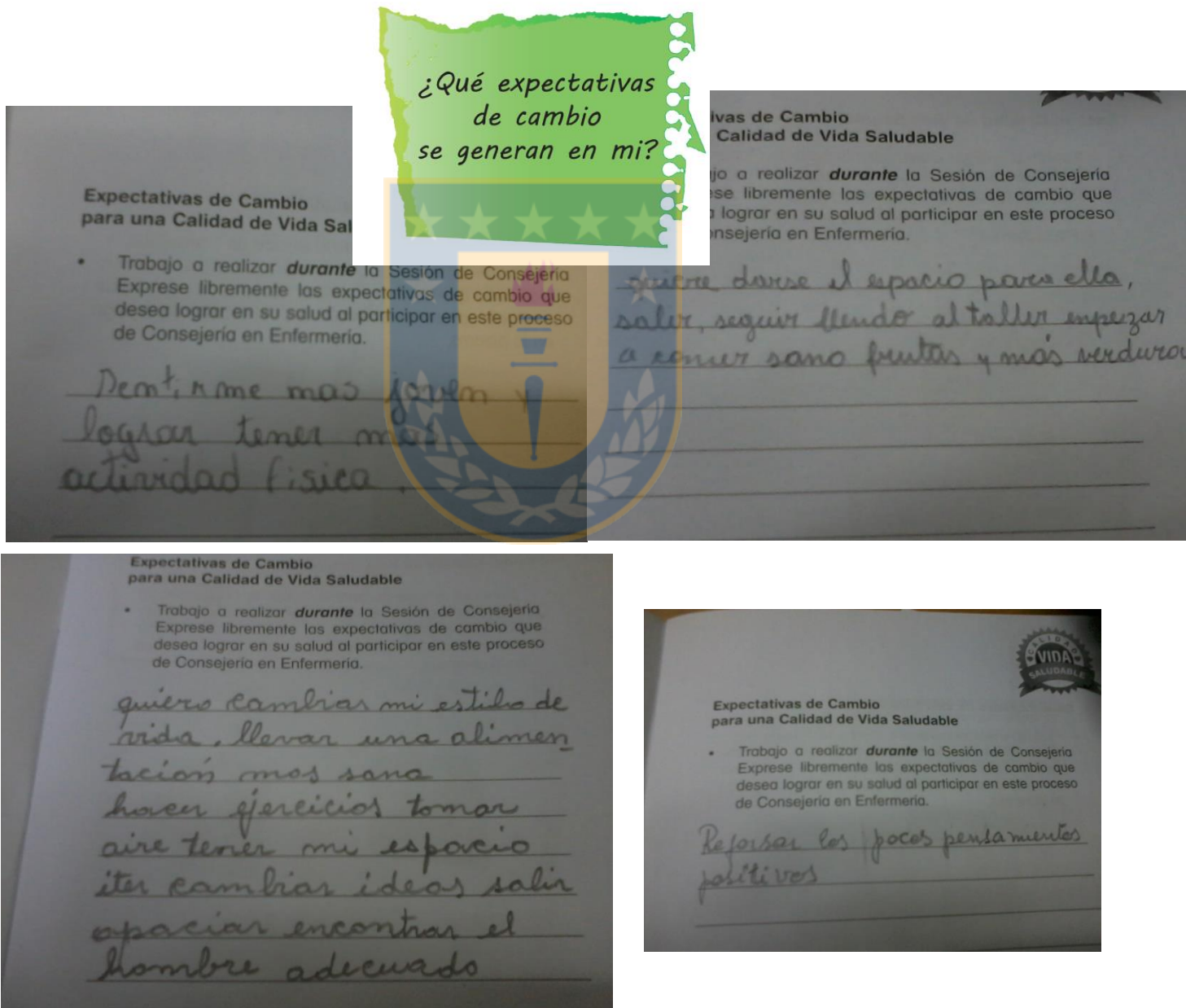
Es cuando se aprende a identificar ¿cuándo? Y ¿por qué? Emergen los pensamientos negativos. Por medio del cuestionamiento se empiezan a transformar esos pensamientos negativos, se encuentran nuevos significados.



Construcción de una realidad personal a partir de la toma de decisiones y de las opciones que surgen para dar respuesta a las situaciones que se viven.

- 6 Permita que la persona participante determine las expectativas de cambio que va a trabajar durante los meses de Consejería de Enfermería en Salud Cardiovascular y van a contribuir a mejorar su calidad de vida relacionada con salud. Se colocan cuatro ejemplos de las expectativas de cambio que determinaron usuarias/os, las cuales deseaban cumplir durante los 7 meses de intervención que dura el proceso de intervención, en figura15:

Figura 15. Ejemplos expectativas de cambio

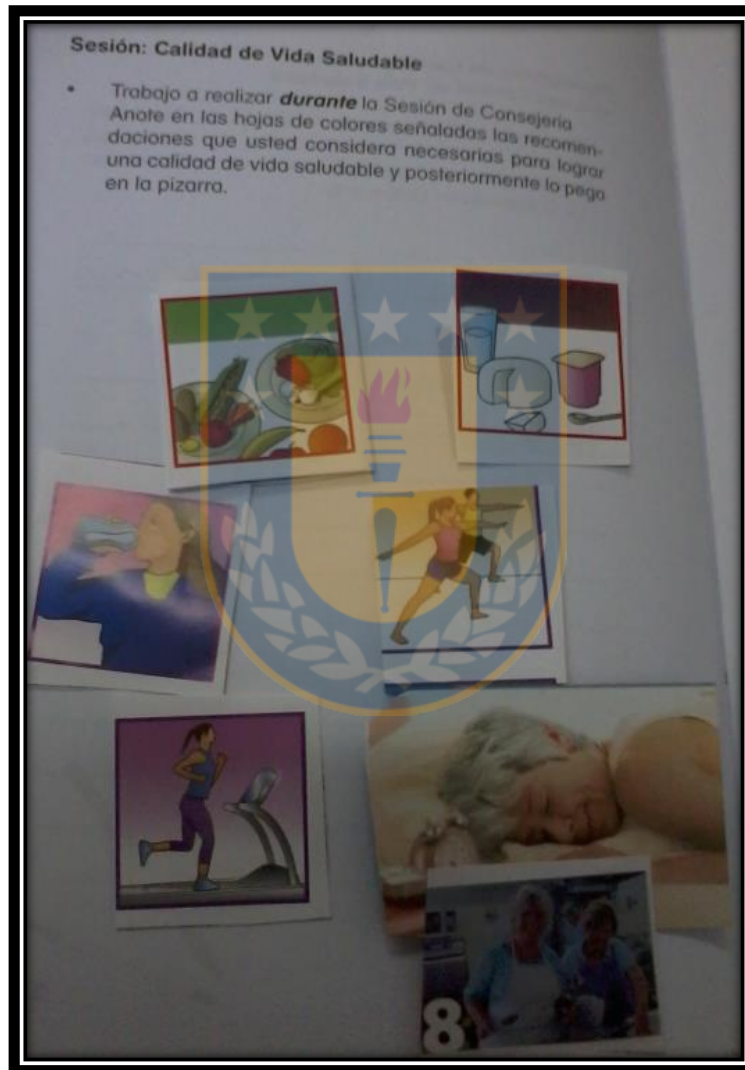


7 Agradezca al participante su presencia e invítele a la próxima consejería.

Evaluación Inmediata:

Solicite a la persona participante que anote en el cuaderno las recomendaciones para una adecuada calidad de vida relacionada con salud y lo pegue en su cuaderno. (Figura 16).

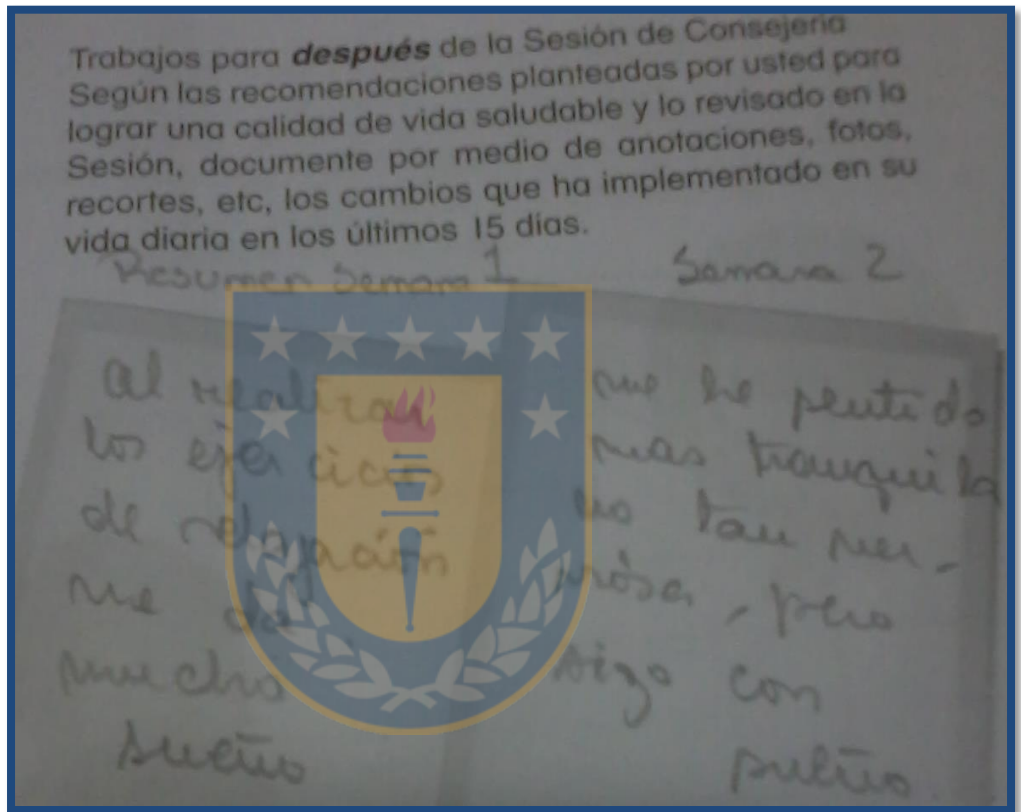
Figura 16. Ejemplo de evaluación inmediata de la sesión



Evaluación Mediata:

Pida a la persona participante que para la siguiente sesión anote los cambios realizados durante 15 días para lograr las recomendaciones propuestas. Revise en la siguiente sesión. (Figura 17)

Figura 17. Ejemplo de evaluación mediata de la sesión



Sesión 2: Menos Riesgo Más Salud

Tiempo estimado de la sesión: 1 hora

Objetivo General: La persona participante de la Consejería Personalizada será capaz de:

- Comprender e identificar los factores de riesgo cardiovascular.
- Identificar los factores protectores y las estrategias para fortalecerlos.

Objetivos de Aprendizaje: Al finalizar la sesión, la persona participante podrá:

- Reconocer factores de riesgo cardiovascular que están presentes en el estilo de vida.
- Identificar conductas protectoras que pueden minimizar los factores de riesgo cardiovascular identificados.
- Identificar los factores protectores que van a reforzar o incorporar en su vida, que les permiten cumplir las expectativas de cambio propuestas.

Materiales: Material educativo, computadora, data, esencia, carpeta, lápiz, cuaderno de trabajo.

Preparación Previa:

- 1 Familiarícese con el contenido de la temática antes de cada consejería.
- 2 Arreglar el consultorio de modo que la persona participante se sienta cómoda y en confianza.
- 3 Agende y confirme la hora de asistencia a la sesión para cada persona participante.
- 4 Verifique que cuenta con la cantidad de material requerido para la sesión.
- 5 Verifique que cuenta con la cantidad de refrigerios saludables requeridos.

Antes de iniciar la sesión de Consejería:

1. Brinde una cordial bienvenida a la persona participante y agradezca su presencia.
2. Brinde un refrigerio saludable, por ejemplo frutos secos sin sal, jugo sin azúcar, barras de cereal. (Figura 10).
3. Escuchar los problemas prioritarios que la persona participante desee exponer y buscar dentro de lo posible alguna solución o apoyo.

4. Revise junto a cada participante la evaluación de la sesión anterior.
5. En caso de que sea necesario aclare dudas y brinde recomendaciones.

Desarrollo Sesión de Consejería:

1. Desarrolle el tema “Factores de Riesgo y Factores Protectores de la Salud”.
(Figura 18 y 19)

Figura 18. Pantallas software enfermedades crónicas no transmisibles

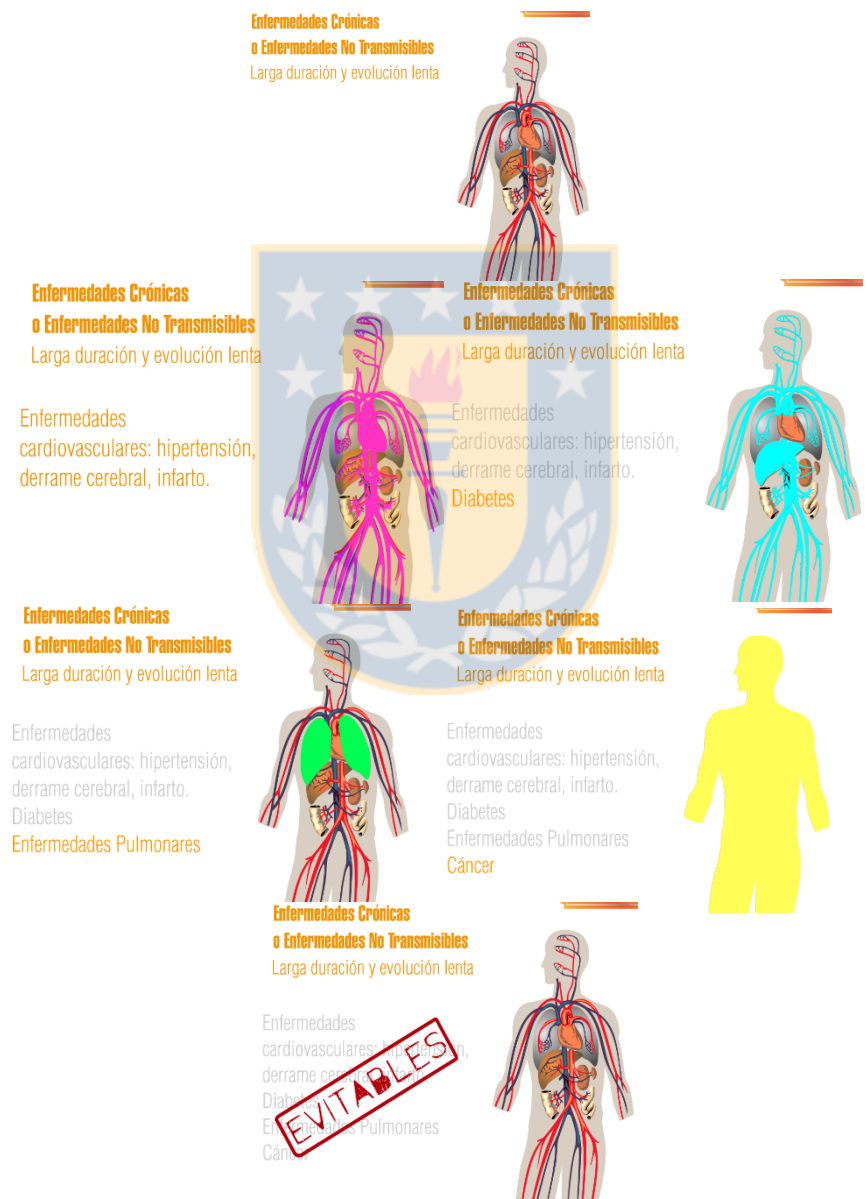


Figura 19. Pantalla software factores protectores y de riesgo



2. Enfatice en los factores de riesgo comunes: sedentarismo, alimentación, ánimo decaído, estrés y el consumo desmedido de alcohol, los cuales provocan riesgos metabólicos por cambios en el funcionamiento del organismo: aumento de presión arterial, aumento en Col-LDL, sobrepeso/obesidad, aumento en niveles de glucosa. Se hace la metáfora que es como estar en la cuerda floja. (Figura 21)

Figura 20. Pantallas de software definición factores de riesgo

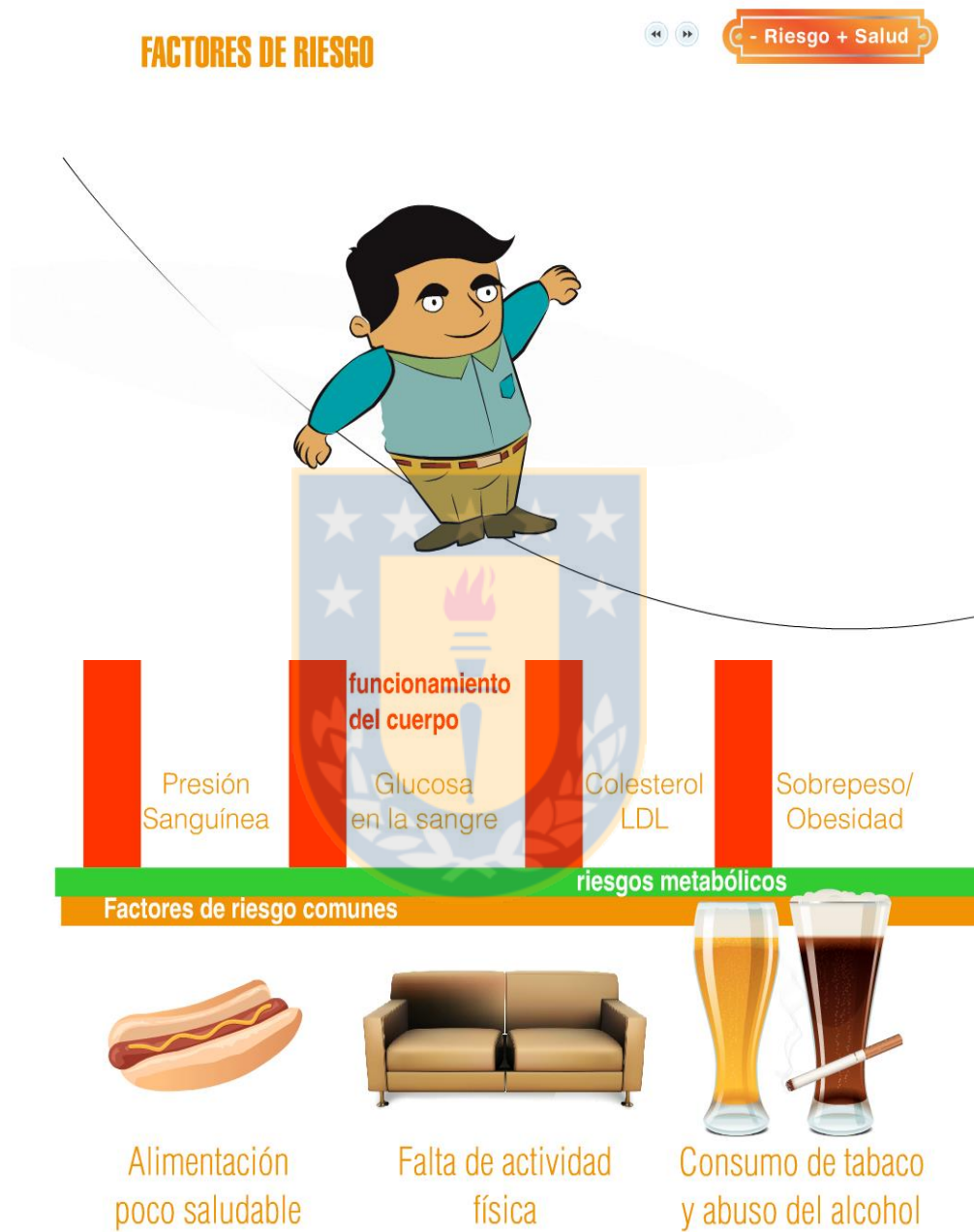
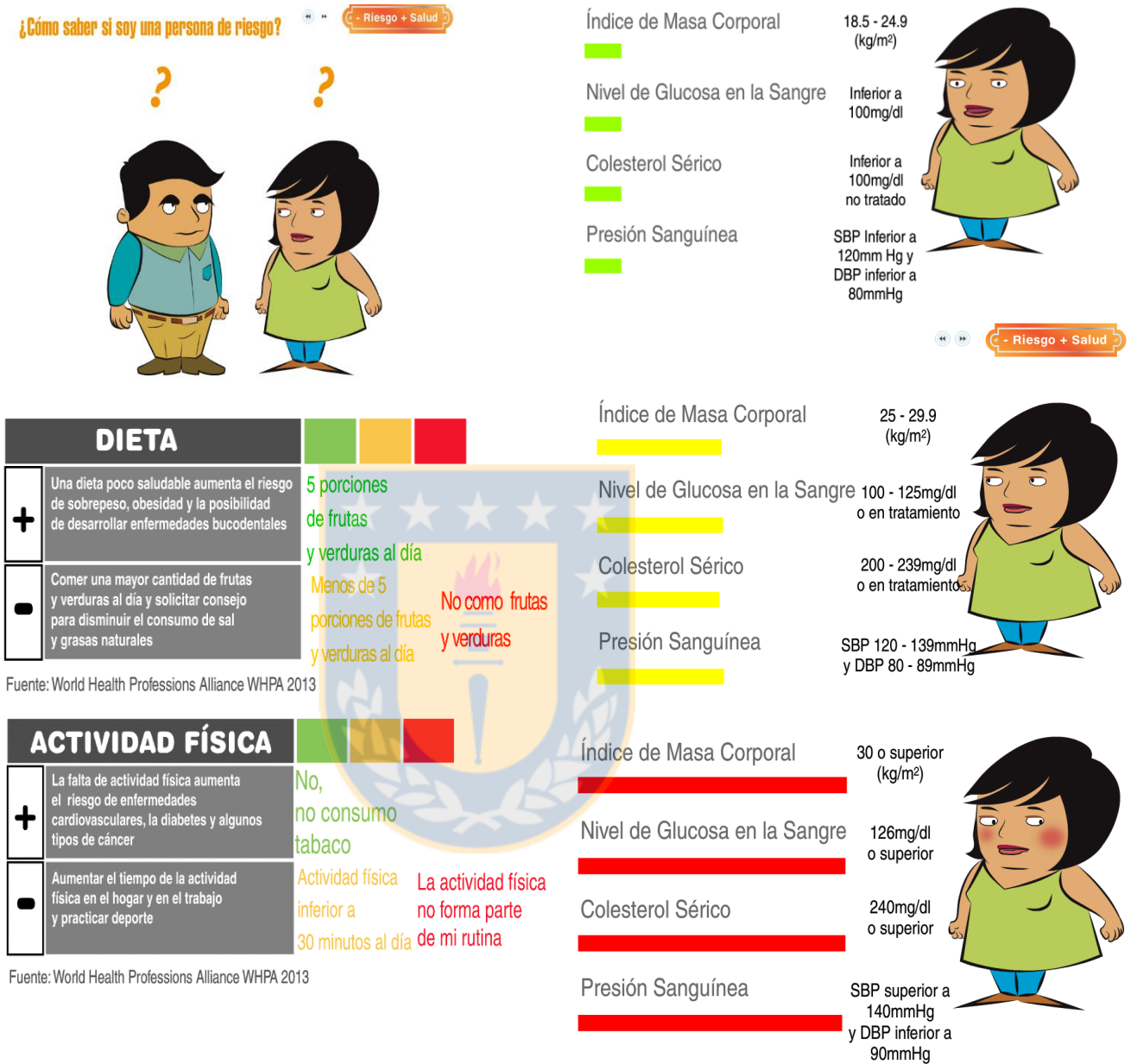


Figura 21. Pantallas Software ¿Cómo saber si estoy en riesgo?



3. Destaque que los factores protectores a la salud son conductas que favorecen la salud, debilitan el impacto de las consecuencias que provocan las conductas de riesgo, es por esto, que se utiliza como analogía que son como cojines que nos reciben al caernos y amortiguan la caída. También motivan el logro de las expectativas de cambio. (Figura 22)

Figura 22. Pantallas Software definición factores protectores



4. Revise los componentes de los factores protectores: autocuidado, compromiso, habilidades para resolver conflictos, toma de decisiones, estilo de vida saludable, sentido del humor y las redes de apoyo social. (Figura 23).

Figura 23. Pantalla software componentes factores protectores



5. Permita la expresión de dudas o comentarios de la persona usuaria acerca del tema.
6. Recuerde el proceso de administración para el cambio. Enumere con la ayuda de la persona participante ciertas características para fortalecer los factores protectores y cuales creen ellos(as) son las principales barreras para lograrlo.
7. A partir de las expectativas de cambio establecidas en la primera sesión, guíe a la persona en el planteamiento de una meta para fortalecer al menos un factor protector y solicitar acompañamiento a una persona de confianza para el logro de la misma.
8. Agradezca a la persona participante su presencia e invítele a la próxima consejería.

Evaluación Inmediata:

Con el nivel de compromiso mostrado en la sesión y las preguntas realizadas sobre el tema.

Evaluación Mediata:

Con la meta planteada para fortalecer un factor protector, traer una constancia del apoyo recibido (testimonio por escrito con la firma, foto, etc) (Figura 24).

Figura 24. Ejemplo de evaluación mediata de la sesión



Sesión 3: Conociendo la Hipertensión

Tiempo estimado de la sesión: 1 hora de duración.

Objetivo General:

- La persona participante será capaz de comprender e identificar los aspectos relacionados con la hipertensión y reconocerla como una enfermedad que debe ser tratada.
- Reforzar la red de apoyo entre el/la usuario/a y la profesional de enfermería.

Objetivos de Aprendizaje

Al finalizar la sesión presencial la persona participante podrá:

- Comprender a través de un ejercicio práctico el mecanismo de la elevación de la presión arterial.
- Comprender los signos y síntomas de la hipertensión, con el fin de reforzar los conocimientos que poseen.
- Identificar la importancia de practicar ejercicios de relajación muscular y ser adherentes al tratamiento farmacológico como una forma de manejar adecuadamente la hipertensión.
- Identificar la forma correcta de controlarse la presión arterial.

Materiales: Material educativo, computadora, data, parlante, música de relajación, esencia, velas, carpeta, lápiz, cuaderno de trabajo.

Preparación Previa:

1. Familiarícese con el contenido de la temática antes de cada consejería.
2. Arreglar el consultorio de modo que la persona participante se sienta cómoda y en confianza.
3. Prepare el consultorio de atención apto para realizar el ejercicio de relajación muscular profunda con luz tenue, velas aromáticas y música instrumental.
4. Coloque una silla cómoda cercana a la pared, donde la persona realizará el ejercicio de relajación muscular.

5. Con la intervención telefónica, realizar la llamada en un lugar sin ruido ni interrupciones.
6. Agende y confirme la hora de asistencia a la sesión para cada persona participante.
7. Verifique que cuenta con la cantidad de material requerido para la sesión.
8. Verifique que cuenta con la cantidad de refrigerios saludables requeridos.

Antes de Iniciar la Sesión de Consejería:

1. Brinde una cordial bienvenida a la persona participante y agradezca su presencia.
2. Brinde un refrigerio saludable, por ejemplo frutos secos sin sal, jugo sin azúcar, barras de cereal (Figura 10).
3. En caso de que sea necesario aclare dudas y brinde recomendaciones de lo visto en la sesión anterior.
4. Escuchar los problemas prioritarios que la persona desee exponer y buscar dentro de lo posible alguna solución o apoyo.

Desarrollo Sesión de Consejería:

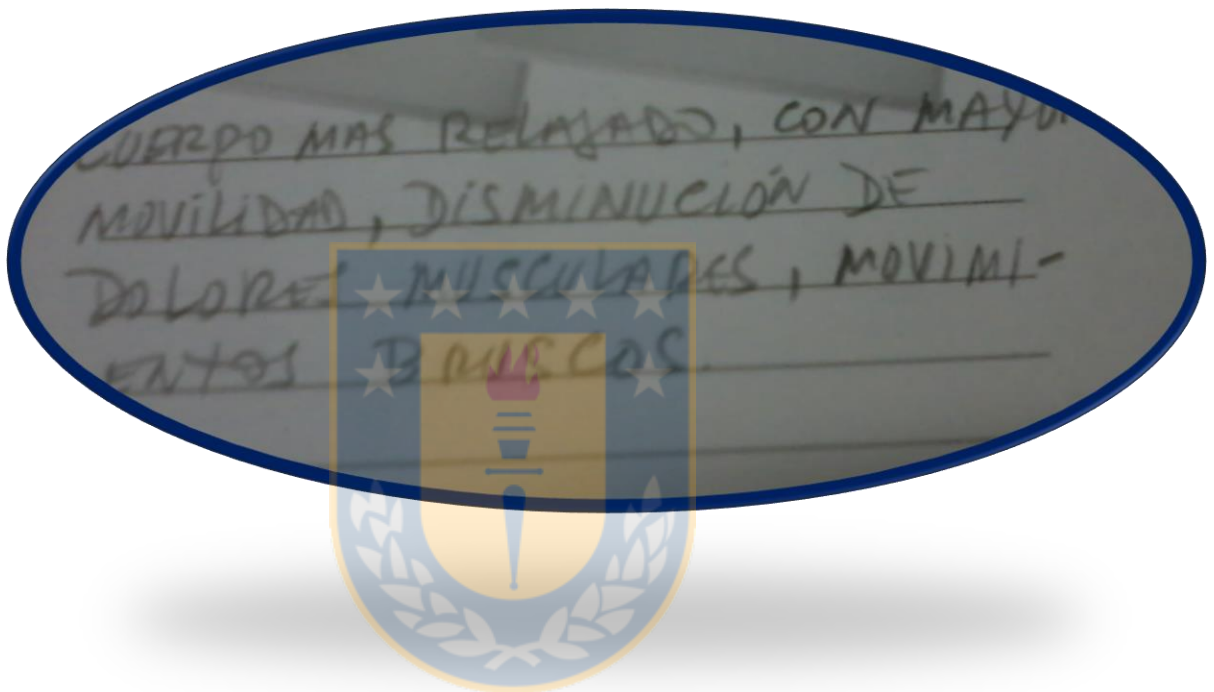
1. Inicie con un ejercicio de relajación muscular profunda, para lo cual se le solicita a la persona que se siente recostada contra la pared, cierre sus ojos y se concentre en el ejercicio.
2. El ejercicio consiste en activar los grandes grupos musculares: brazos (manos y hombros), cabeza (nuca y cuello), rostro (frente, ojos, mandíbula, labios), tórax, abdomen y piernas. En este recorrido la persona distingue la diferencia entre relajar y contraer los músculos, siente el esfuerzo que se produce en el cuerpo cuando se mantienen los músculos contraídos. Y la sensación de alivio y descanso que produce la relajación de los músculos (Figura 25).



Figura 25. Ejemplo ejercicio de relajación

- 3 Permita que la persona emita su opinión acerca de la experiencia de realizar el ejercicio, posteriormente utilice la dinámica para ejemplificar cómo la tensión muscular por periodos prolongados de tiempo, sino se controla, contribuye al aumento de la presión arterial. Además de que el ejercicio logra que la persona empiece a contactarse con ella misma (Figura 26).

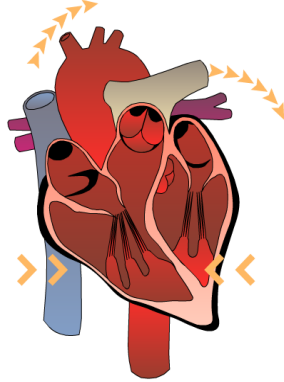
Figura 26. Ejemplo experiencia de realizar el ejercicio de relajación



- 4 Permita que la persona participante exponga su conocimiento acerca de la hipertensión y seguidamente, vaya comentando al respecto, incluyendo la explicación sobre signos y síntomas, importancia de tomar los medicamentos de forma constante, tal como están indicados. Además se explican medidas no farmacológicas importantes para incluir en el estilo de vida y que contribuyen al el manejo de la hipertensión (Figura 27).

Figura 27. Pantallas software hipertensión

¿Qué significan los números de la presión arterial?



Sistólico

Cantidad de presión que necesita el corazón para bombear la sangre por todo el cuerpo.

160

97



Diastólico

Cantidad de presión cuando el corazón se relaja y se llena la sangre.

160

97

¿Cómo afecta al cuerpo la Hipertensión?



incrementa riesgo de ataque cardiaco



incrementa riesgo de derrame cerebral



incrementa riesgo de fallo renal

5 Explique la metodología a seguir con la intervención telefónica.

Sesión Telefónicas 4-5: Hipertensión

Tiempo estimado: 15 minutos cada llamada, 1 por semana.

Objetivo de Aprendizaje Llamada 1	<p>Al finalizar esta sesión telefónica la persona participante podrá:</p> <ul style="list-style-type: none">– Identificar si en la semana se presentaron signos y síntomas de elevación de la presión arterial.– Identificar la forma adecuada de tomar la presión arterial– Verificar toma continua del medicamento en el horario indicado.
Objetivo de Aprendizaje Llamada 2	<p>Al finalizar esta sesión telefónica la persona participante podrá:</p> <ul style="list-style-type: none">– Identificar si en la semana se presentaron signos y síntomas de elevación de la presión arterial.– Reconocer la importancia de llevar a cabo las recomendaciones para mantener una presión arterial controlada.– Verificar toma continua del medicamento en el horario indicado.
Antes de iniciar la Sesiones Telefónicas	<ol style="list-style-type: none">1 Brinde un saludo cordial y agradezca su atención.2 Deben ser llamadas que no sobrepasen los 15 minutos, a menos que la persona requiera comentar alguna situación particular.3 En caso de que sea necesario aclare dudas y brinde recomendaciones.
Desarrollo de la 1° Sesión Telefónica	<ol style="list-style-type: none">1 Pregunte si en la semana se presentó alguna situación que le provocara elevación de la presión arterial.2 Explique las condiciones que se requieren para una adecuada toma de la presión arterial.3 Brinde las recomendaciones específicas de acuerdo al equipo de toma de presión con el que cuente el usuario/a.4 Verifique si el/la usuario/a tomó su medicamento en el horario indicado.5 Motive a la práctica del ejercicio de relajación muscular profunda.6 Agradézcale a la persona participante por recibir la llamada y prestar atención.7 Invítelo(a) a la próxima sesión telefónica.
Desarrollo de la 2° Sesión Telefónica	<ol style="list-style-type: none">1 Pregunte si en la semana se presentó alguna situación que le provocara elevación de la presión arterial2 Consulte sobre la puesta en práctica del ejercicio de relajación profunda3 Enumere con la ayuda de la persona usuaria recomendaciones para mantener una presión arterial dentro de los parámetros normales y ¿cuáles creen ellos(as) son las principales barreras para implementarlas?4 Agradézcale a la persona participante por recibir la llamada y prestar atención. Invítelo(a) a la próxima sesión telefónica.

Evaluación Inmediata	Posibles interrogantes para los y las participantes ¿Qué significan los valores de la presión sistólica y la presión diastólica? ¿Controlo mi presión arterial? ¿Detecto cuándo los niveles de mi presión cambian?
Evaluación Mediata	Solicite a la persona participante que mantenga un registro al menos semanal de su presión arterial para que conozca los cambios y ponga en práctica las condiciones correctas de la toma de presión arterial.

Sesión 6-7-8: Dislipidemia	
3 llamadas telefónicas de 15 minutos, 1 por semana.	
Objetivo General	<ul style="list-style-type: none"> – La persona participante será capaz de comprender e identificar los aspectos relacionados con las dislipidemia y reconocerla como una enfermedad que debe ser tratada. – Reforzar la red de apoyo entre el/la usuario/a y la profesional de enfermería.
Objetivo de Aprendizaje Llamada 1	<p>Al finalizar la primera sesión telefónica la persona participante podrá:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Comprender la función que ejerce en el organismo el colesterol, lipoproteínas de alta densidad, lipoproteínas de baja densidad y triglicéridos.
Objetivo de Aprendizaje Llamada 2	<p>Al finalizar la segunda sesión telefónica la persona participante podrá:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Comprender la lectura del perfil lipídico (colesterol, lipoproteínas de alta, densidad, lipoproteínas de baja densidad y triglicéridos) reportado en los exámenes de laboratorio realizados cada seis meses en el consultorio.
Objetivo de Aprendizaje Llamada 3	<p>Al finalizar la tercera sesión telefónica la persona participante podrá:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Conocer la función que ejerce el medicamento en el organismo. – Reconocer la importancia de llevar a cabo las recomendaciones para mantener los niveles de colesterol y triglicéridos dentro de los parámetros normales.
Materiales	<p>a. Material b. Teléfono c. Mensajes SMS</p>
Preparación Previa	<ol style="list-style-type: none"> 1 Familiarícese con el contenido de la temática antes de cada consejería 2 Agende y confirme la hora de asistencia a la próxima sesión presencial.
Antes de iniciar la Sesiones Telefónicas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realice la llamada en un lugar sin ruido y sin interrupciones. 2. Brinde un saludo cordial y agradezca su atención.

	<ol style="list-style-type: none"> 3. Deben ser llamadas que no sobrepasen los 15 minutos, a menos que la persona requiera comentar alguna situación particular. 4. En caso de que sea necesario aclare dudas y brinde recomendaciones.
Desarrollo de la 1° Sesión Telefónica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Permita que la persona participante exponga su conocimiento acerca del colesterol y los triglicéridos. 2. Defina en lenguaje comprensible la función que ejerce en el organismo el colesterol, lipoproteínas de alta densidad, lipoproteínas de baja densidad y triglicéridos. 3. Pregunte si existen dudas sobre lo conversado. 4. Agradézcale a la persona participante por recibir la llamada y prestar atención. Invítelo(a) a la próxima sesión telefónica.
Desarrollo de la 2° Sesión Telefónica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pregunte a la persona participante si comprende el resultado de los exámenes de laboratorio de perfil lipídico entregados cada 6 meses. 2. Explique cuáles deben ser los parámetros normales de cada una de las mediciones que compone el perfil lipídico. 3. Pregunte si existen dudas sobre lo conversado. 4. Agradézcale a la persona participante por recibir la llamada.
Desarrollo de la 3° Sesión Telefónica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pregunte a la persona participante si tiene dudas sobre la dislipidemia y si conoce la función que ejerce el medicamento en su organismo. 2. Defina en lenguaje comprensible la dislipidemia: etiología, fisiopatología, signos y síntomas. 3. Defina en lenguaje sencillo la función de las estatinas en el organismo. 4. Agradézcale a la persona participante por recibir la llamada y prestar atención. Invítelo(a) a la próxima sesión presencial.
Evaluación Inmediata	¿Controlo mi colesterol? ¿Detecto cuándo los niveles de colesterol cambian? ¿Qué acciones realizo para controlar el colesterol?
Evaluación Mediata	Solicite a la persona participante que indique con sus propias palabras los aspectos más relevantes de la sesión, a incluir en su vida y que ayudan a CVRS.

Sesión 9-10: Comer Sano Se realizan dos sesiones de la temática comer sano, porque fue un tema prioritario establecido por las/os usuarias/os como expectativa de cambio.

Tiempo estimado de la sesión: 1 hora por sesión.

Objetivo General:

La persona participante será capaz de poder controlar su alimentación y ser consumidores/as más inteligentes, al fortalecer la capacidad de decisión, con el fin de lograr una alimentación más saludable.

Objetivos de Aprendizaje: Al finalizar la sesión, la persona participante será capaz de:

- Distinguir entre los diferentes grupos que componen la pirámide alimentaria y el aporte nutricional de cada uno.
- Distinguir los beneficios para la salud cardiovascular presentes en los alimentos.
- Aprender a leer la información nutricional de los alimentos consumidos.

Materiales: material educativo, computadora, data, alimentos, plato plástico, carpeta, plumón, lápiz.

Preparación Previa:

- 1 Familiarícese con el contenido de la temática antes de cada consejería.
- 2 Arreglar el consultorio de modo que la persona participante se sienta cómodo y en confianza.
- 3 Agende y confirme la hora de asistencia a la sesión para cada persona participante.
- 4 Verifique que cuenta con la cantidad de material requerido para la sesión.
- 5 Cuente con los ejemplos de alimentos con la información nutricional.
- 6 Verifique que cuenta con la cantidad de refrigerios saludables requeridos.
- 7

Antes de iniciar la Sesión de Consejería:

- 1 Brinde una cordial bienvenida a la persona participante y agradezca su presencia.
- 2 Escuchar los problemas prioritarios que la persona participante desee exponer y buscar dentro de lo posible alguna solución o apoyo.
- 3 Revise junto a cada persona participante el avance de la meta planteada en la sesión anterior.
- 4 Refrigerio saludable, por ejemplo: frutos secos sin sal, jugo sin azúcar, barras de cereal (Figura 10).
- 5 En caso necesario aclare dudas y brinde recomendaciones.

Desarrollo Sesión de Consejería:

1. Se inicia el desarrollo de la primera parte de la sesión define alimentación saludable desde sus cinco características principales (Figura 28):

Figura 28. Pantalla software alimentación saludable



- a. Realizar 5 tiempos de comida: importancia no dejar pasar más de 4 horas sin comer, facilita que el metabolismo se mantenga activo y que mantenga los niveles de glucosa estables y favorece el manejo del estrés (Figura 29).

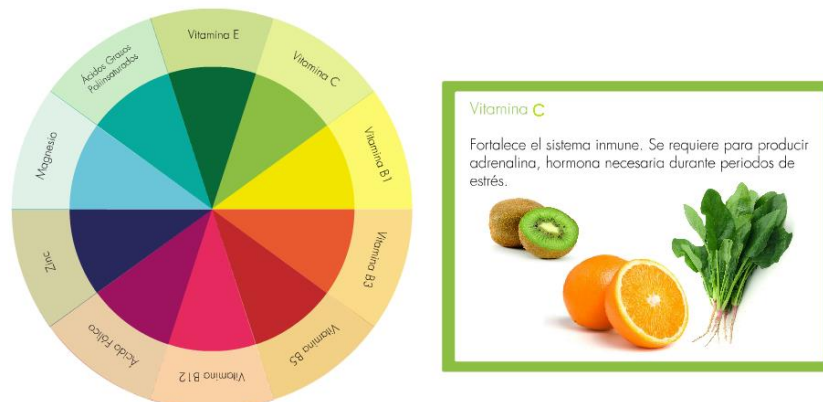
Figura 29. Pantalla software importancia de los 5 tiempos de comida



- b. No hacer dietas estrictas, como por ejemplo dejar de comer algún tiempo de comida.
- c. Distribuir todos los grupos de alimentos: se enfatiza en la distribución del plato de comida y adaptación de esa distribución en las personas que no cenan y hacen la once como sustitución de la cena.
- d. Preparación de alimentos: se entrega recetario saludable con recetas prácticas de elaborar, económicas y que promueven diversas preparaciones de las verduras, legumbres y frutas.
- e. Poner atención al cuerpo.

2. Enseñe la función positiva en la salud cardiovascular de vitaminas como la E, D, C y B12, los alimentos donde se encuentran (Figura 30).

Figura 30. Pantalla software vitaminas y salud cardiovascular



3. Señale los alimentos que contribuyen a disminuir niveles de colesterol y triglicéridos (Figura 31).

Figura 31. Pantallas software colesterol y triglicéridos en la alimentación



4. Enseñe lectura de la información nutricional de las etiquetas de los alimentos que se consumen, enfatizando en las porciones, energía igual a calorías, grasas totales (monosaturadas, poliinsaturadas y grasas trans), colesterol, sodio y azúcar (Figura 32).

Figura 32. Pantallas software lectura de información nutricional

Comer sano 2

Cantidad de nutrientes por 100g.

Información nutricional

Porción: unidades (....g)

Porciones por envase:

100 g o 100 ml

1 porción

Sin colesterol = menos de 2 mg de colesterol

Energía (kcal)	...
Proteínas (g)	...
Grasa total (g)	...
Hidratos de Carbono Disponibles (g)	...
Sodio (mg)	...

energía = calorías

Grasas buenas

Ácidos grasos monoinsaturados y poliinsaturados

Grasas malas


Ácidos grasos trans y Ácidos grasos saturados

Sodio = SAL

5g. sal = 1 cdta.

1 gramo de sal = 390 mg de sodio

Muy bajo en sodio = 35g.



5. Brinde espacios para resolver las dudas que surjan (Figura 33).

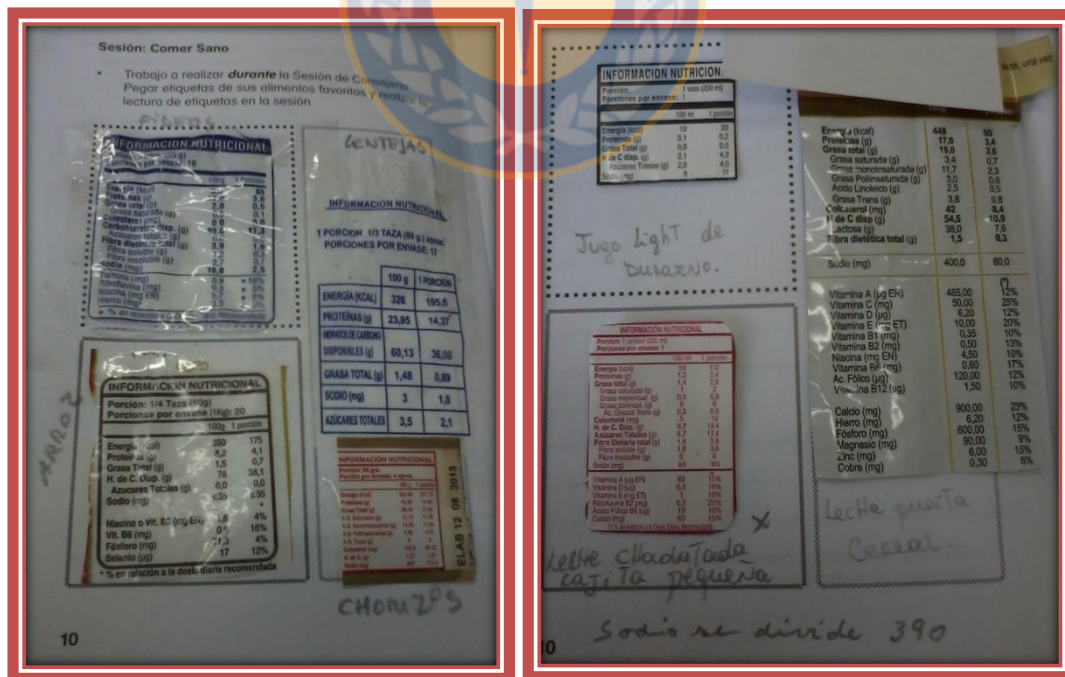
Figura 33. Ejemplos de preguntas acerca del tema



Evaluación Inmediata

Entregar etiquetas de sus alimentos favoritos y realizar la lectura de etiquetas en la sesión para comprobar la comprensión del tema (Figura 34).

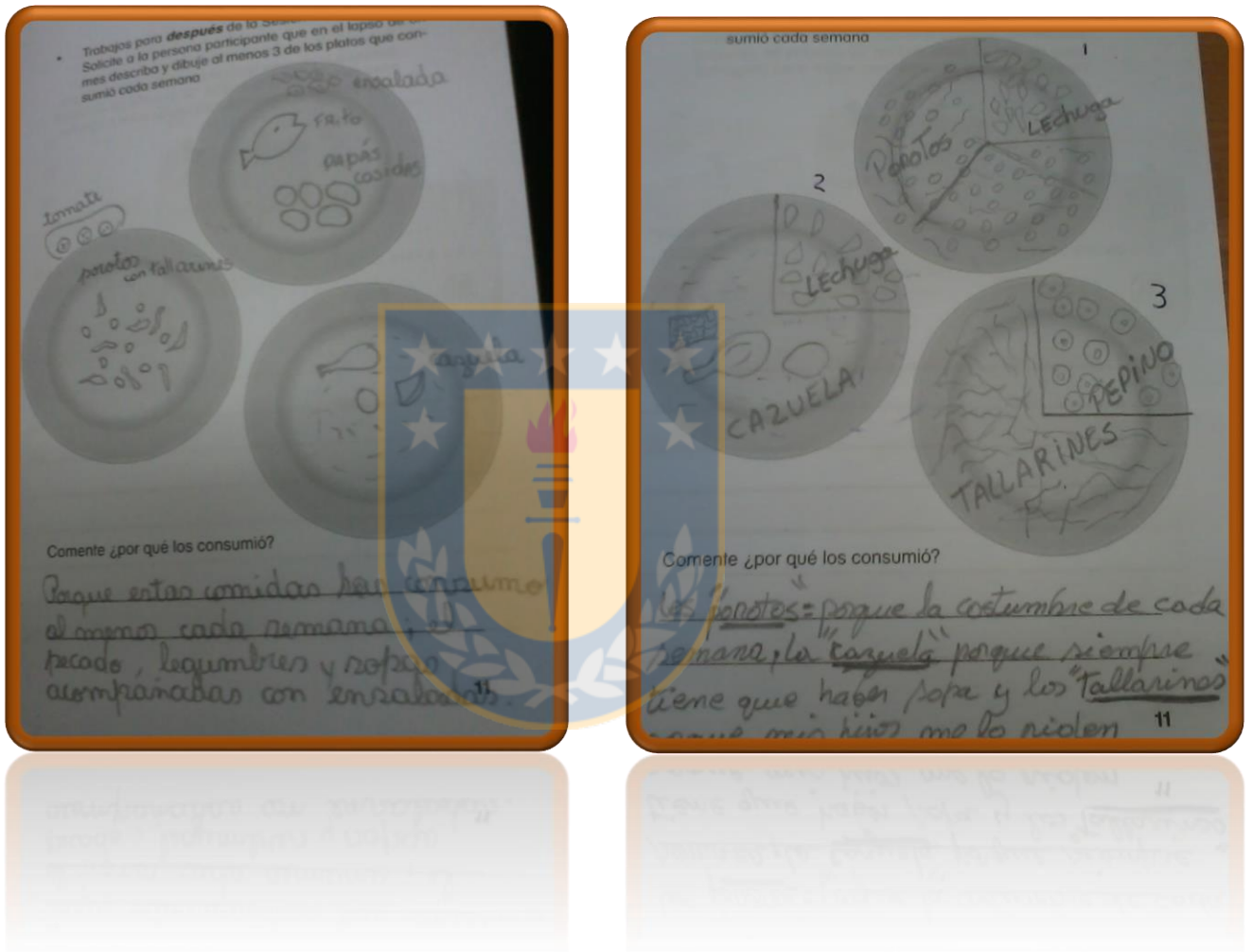
Figura 34. Ejemplos de evaluación inmediata de la sesión



Evaluación Mediata

Solicite a la persona participante que en el lapso de un mes describa y dibuje al menos 3 de los platos que consume cada semana (Figura 35).

Figura 35. Ejemplos de evaluación mediata de la sesión



Sesión 11: Salud bucodental: Se incluyó esta sesión debido a que más del 90% de personas participantes en la investigación tienen un número importante de consultas en el servicio de odontología, debido a problemas bucodentales (175-176).

Sesión 11: Salud Bucodental	
Tiempo estimado de la sesión: 1 hora	
Objetivo General	La persona participante conocerá la importancia de una adecuada salud bucodental como parte integral de una alimentación saludable y de la CVRS.
Objetivos de Aprendizaje	Al finalizar la sesión, la persona participante será capaz: <ul style="list-style-type: none"> – Exponer los conocimientos que tienen acerca de la técnica de cepillado y el uso del hilo dental. – Comprender la importancia de la salud bucodental.
Materiales	Material educativo Computadora / Data Lápiz Modelo Dental
Preparación Previa	<ol style="list-style-type: none"> 1 Familiarícese con el contenido de la temática antes de cada consejería. 2 Arreglar el consultorio de modo que la persona participante se sienta cómodo y en confianza. 3 Agende y confirme la hora de asistencia a la sesión para cada persona participante. 4 Verifique que cuenta con la cantidad de material requerido para la sesión. 5 Verifique que cuenta con la cantidad de refrigerios saludables requeridos.
Antes de iniciar la Sesión de Consejería	<ol style="list-style-type: none"> 1 Brinde una cordial bienvenida a la persona participante y agradezca su presencia. 2 Brinde un refrigerio saludable, por ejemplo: frutos secos sin sal, jugo sin azúcar, barras de cereal (Figura 10). 3 Escuchar los problemas prioritarios que la persona participante desee exponer y buscar dentro de lo posible alguna solución o apoyo. 4 Revise junto a cada persona participante la evaluación de la sesión anterior. 5 En caso necesario aclare dudas y brinde recomendaciones.
Desarrollo Sesión de Consejería	<ol style="list-style-type: none"> 1 Realizar lluvia de ideas con la persona participante acerca de lo que conoce sobre salud bucodental. 2 Sesión educativa sobre la boca como inicio del sistema digestivo y la importancia de mantenerla con buena higiene. La función de los carbohidratos y azúcares simples en la producción de bacterias y la formación de caries. 3 Se aclaran dudas 4 Se proyecta video sobre técnica de cepillado y uso de hilo dental.

	<p>5 Se incluye el tema de limpieza adecuada de las prótesis dentales en el caso de las personas que utilicen.</p> <p>6 La persona usuaria replicará la técnica explicada sobre cepillado y uso de hilo dental en el modelo dental de escala aumentada, de modo que se comprueba la comprensión de la técnica.</p> <p>7 Entregar un estuche con cepillo, pasta e hilo dental.</p> <p>8 Agradezca a la persona participante su presencia e invítele a la próxima sesión de consejería.</p>
Evaluación Inmediata	Solicite a la persona participante que replique técnica de cepillado dental y uso de hilo dental en el modelo dental
Evaluac. Mediata	Dar seguimiento a la estrategia por un mes.

Sesión 12: Movimiento

Tiempo estimado de la sesión: 1 hora

Objetivo General: Facilitar a la persona participante estrategias para aumentar la actividad física.

Objetivos de Aprendizaje: Al finalizar la sesión, la persona participante será capaz de:

- Conocer la función que tienen las endorfinas en el organismo
- Identificar al menos tres obstáculos que interfieren con la práctica de la actividad física de forma regular.
- Identificar los beneficios de caminar
- Describir al menos dos estrategias posibles para incrementar la práctica de la actividad física.

Materiales: material educativo, computadora, data, podómetro (cuenta pasos), cuaderno, carpeta, lápiz.

Preparación Previa:

- 1 Familiarícese con el contenido de la temática antes de cada consejería.
- 2 Arreglar el consultorio de modo que la persona participante se sienta cómoda y en confianza.
- 3 Agende y confirme la hora de asistencia a la sesión para cada persona participante.
- 4 Verifique que cuenta con la cantidad de material requerido para la sesión.
- 5 Verifique que cuenta con la cantidad de refrigerios saludables requeridos.

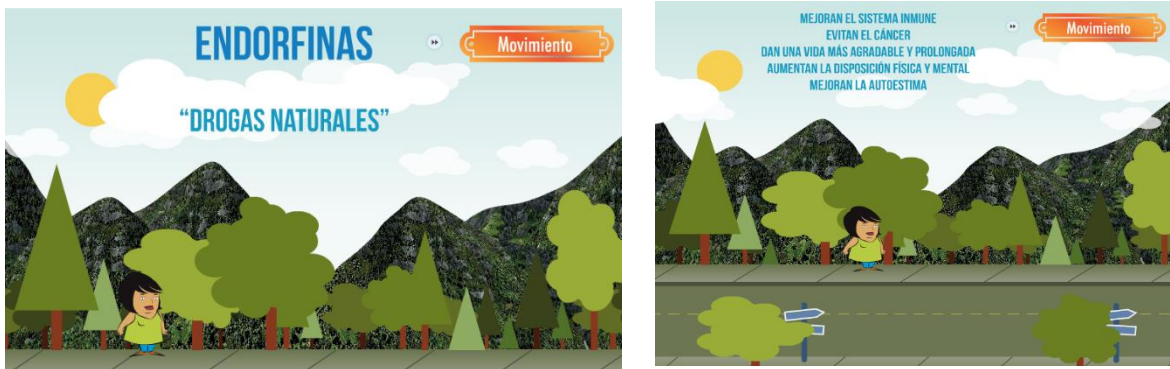
Antes de iniciar la Sesión de Consejería:

- 1 Brinde una cordial bienvenida a la persona participante y agradezca su presencia.
- 2 Brinde un refrigerio saludable, por ejemplo: frutos secos, bebida sin azúcar, yogurt light (Figura 10).
- 3 Escuchar los problemas prioritarios que la persona participante desee exponer y buscar dentro de lo posible alguna solución o apoyo.
- 4 Revise junto a cada persona participante la evaluación de la sesión anterior, respecto a la representación de la distribución de los platos de alimentos consumidos.
- 5 Brinde algún reconocimiento por el logro de una meta. Por ejemplo: el podómetro que servirá para motivar el aumento de actividad física en el estilo de vida de los/as participantes.
- 6 En caso necesario aclare dudas y brinde recomendaciones.

Desarrollo Sesión de Consejería:

- 1 Iniciar la sesión definiendo el mecanismo de acción de las Endorfinas en el organismo, los beneficios que trae a la salud. Las endorfinas introducen el tema de actividad física, ya que la práctica del ejercicio es un productor por excelencia de endorfinas (Figura 36).

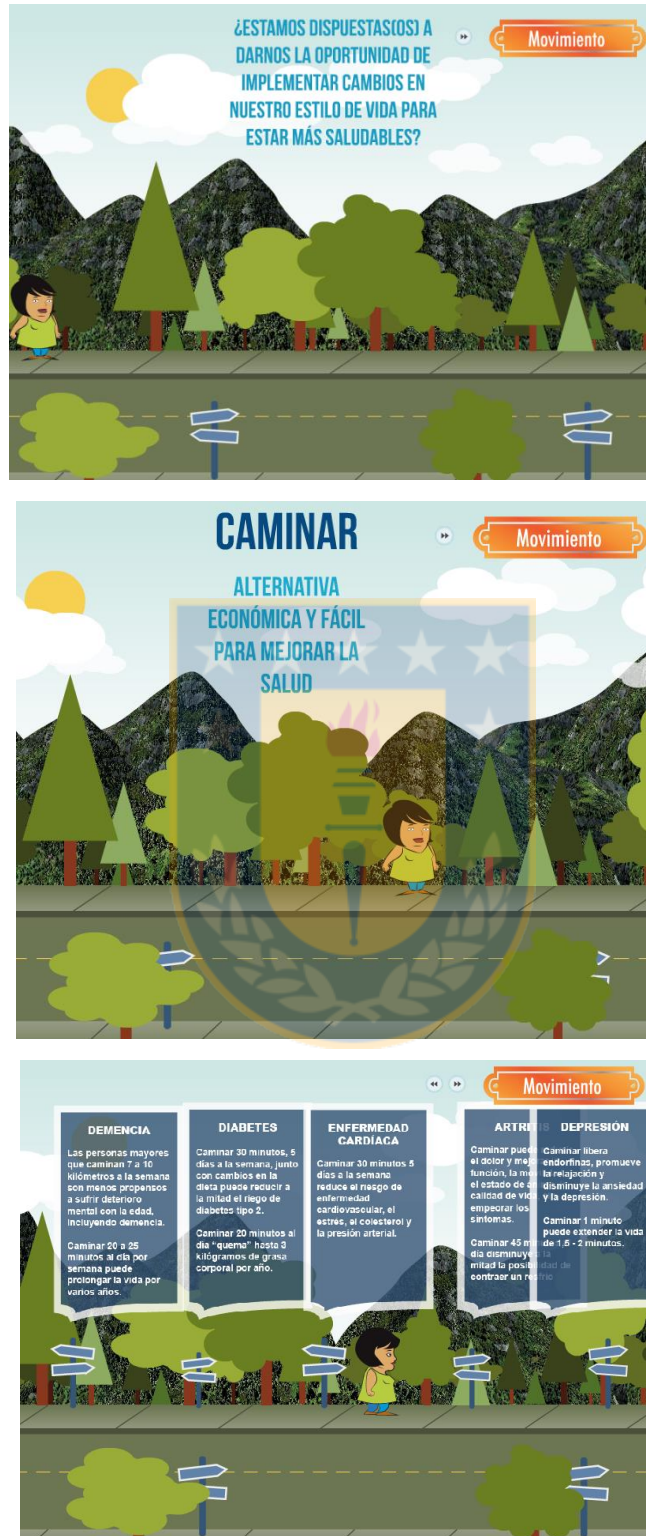
Figura 36. Pantalla software endorfinas y actividad física



2 Brinde la recomendación de utilizar la caminata como una forma de incorporar la actividad física en diferentes escenarios. El caminar es el método de transporte que se utiliza con mayor frecuencia, por lo tanto se trabaja con esta acción, brindando tips para implementar la caminata activa y los beneficios que conlleva al organismo (Figura 37):

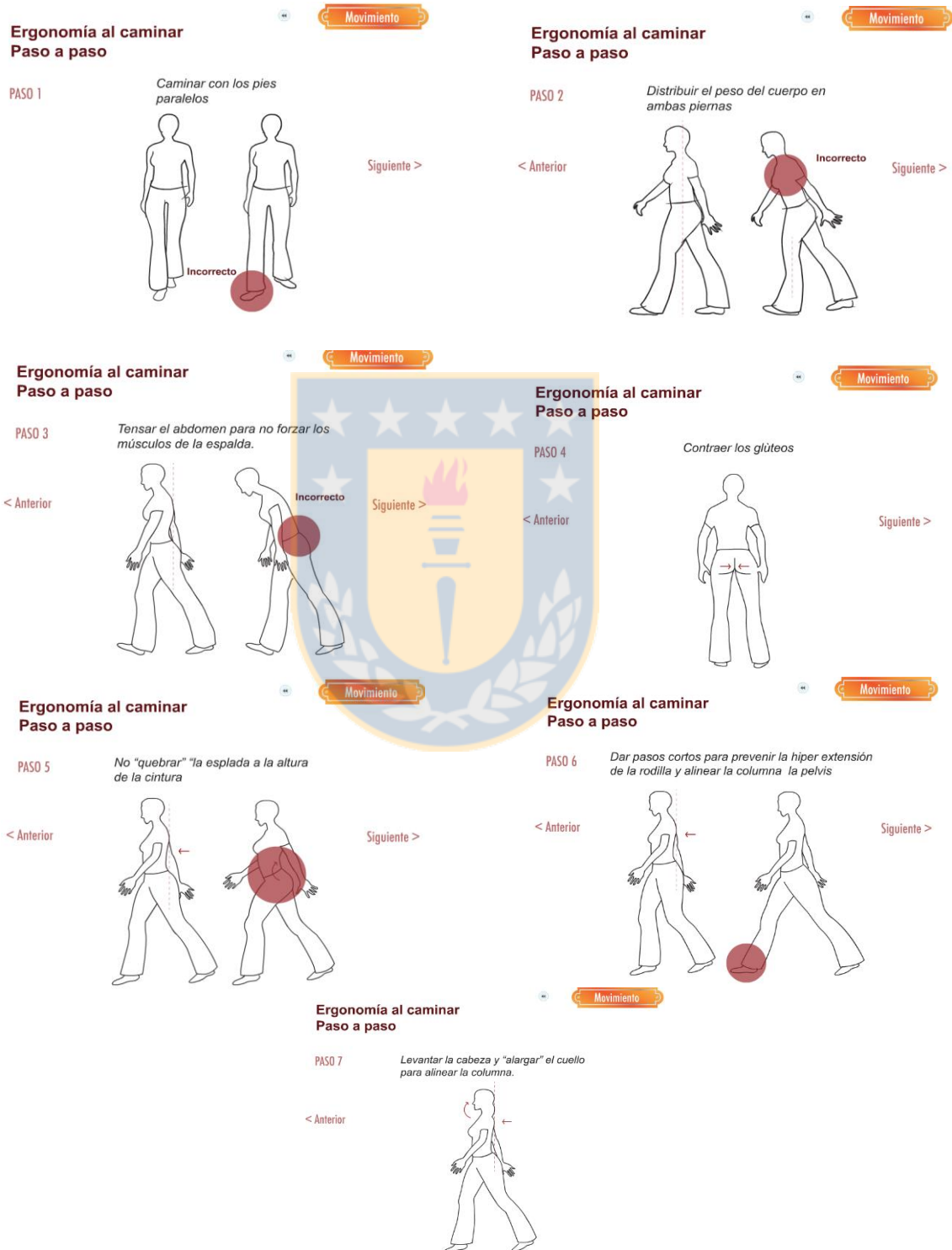
- a. Mejora la condición del corazón
- b. Es de bajo impacto, por lo tanto, la pueden realizar las personas hipertensas.
- c. Sirve para perder peso.
- d. Aumenta el Col-HDL y disminuye el Col-LDL.
- e. Previene la osteoporosis
- f. Favorece la circulación sanguínea.

Figura 37. Pantalla software beneficios del caminar



3 Muestre la postura correcta para caminar (Figura 38).

Figura 38. Pantallas software postura correcta de caminar

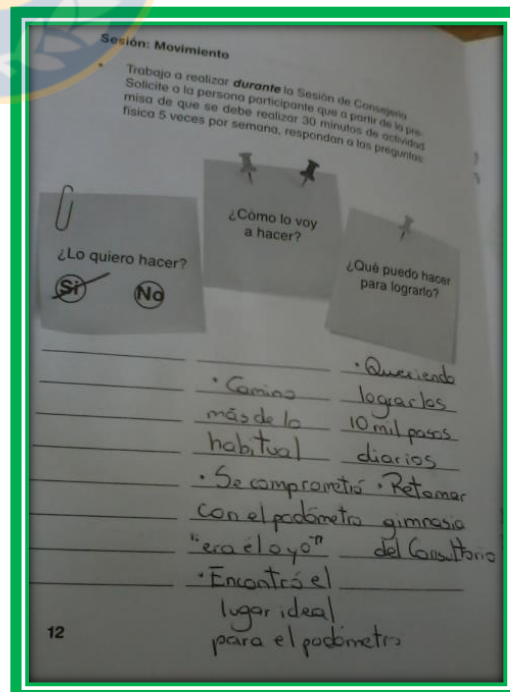


- 4 Repase los motivos por los cuales es recomendable la práctica de actividad física al menos 30 minutos 5 veces por semana.
- 5 Se motiva a practicar la caminata activa y medir la cantidad de pasos que se hacen por día, por medio de un podómetro.
- 6 Enseñe el uso del podómetro y que lo recomendable son 10.000 pasos diarios, equivale a 8 km aproximadamente.
- 7 Se deja como ejercicio para la casa, registrar durante al menos 25 días el número de pasos diario.
- 8 Se explica que no se puede aumentar a diez mil pasos de un día para otro. Entre 2000 y 3000 pasos diarios, se clasifica como sedentaria a la persona.

Evaluación Inmediata

Solicite a la persona participante que a partir de la premisa que se debe realizar 30 minutos de actividad física al día, respondan a las preguntas: ¿Cómo lo voy hacer? ¿Qué puedo hacer para lograrlo? Figura 39.

Figura 39. Ejemplo evaluación inmediata



Evaluación Mediata

Solicite a la persona participante que utilice el podómetro diariamente y contabilice los pasos durante cada día en la hoja de control. Anote en la hoja de control del cuaderno si se realiza alguna otra actividad física (Figura 40).

Figura 40. Ejemplo de evaluación mediata de la sesión

Tarea

VIDA
SALUDABLE

Trabajos para **después** de la Sesión de Consejería
Utilice el podómetro diariamente y contabilice los pasos durante cada día en la hoja de control. Anote en hoja de control si se realiza alguna otra actividad física.

01	245	02	765	03	2250
04	10520	05	11323	06	11750
07	10360	08	8574	09	9854
10	15089	11	8700	12	11134
13	10099	14	11245	15	18522
16	17749	17	11109	18	15685
19	12745	20	13690	21	1555
22	16489	23	11325	24	8500
25	11067	26	16889	27	16376
28	16896	29	9110	30	8570
31	2619				

Control de Pasos Mónica Salazar

Mónica Salazar

Mónica Salazar							Total Pasos x Semana	Total Kilómetros Sem
Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7		
215	735	2220	10490	11293	11720	10330	47003	3
5544	9824	1559	8720	11104	10069	11215	58035	4
18492	17719	11089	15685	12715	13660	15539	104899	8
16459	11295	8510	11637	16859	16346	16866	97972	
9080	8540	2639					20259	

Sesión 13: Anti-estrés

Tiempo estimado de la sesión: 1 horas.

Objetivo General

Facilitar a la persona participante estrategias para un adecuado manejo del estrés.

Objetivos de Aprendizaje: Al finalizar la sesión, la persona participante será capaz:

- Conocer los beneficios que provoca al organismo mantener controlados los niveles de estrés.
- Conocer los efectos que produce en el organismo niveles aumentados de estrés.
- Identificar actividades o situaciones que aumentan los niveles de estrés en la cotidianidad.
- Describir al menos tres estrategias posibles para manejar el estrés.

Materiales: material educativo, computadora, data, esencia, cuaderno, carpeta, lápiz.

Preparación Previa:

1. Familiarícese con el contenido de la temática antes de cada consejería.
2. Arreglar el consultorio de modo que la persona participante se sienta cómoda y en confianza
3. Entregue carpeta con material educativo.
4. Agende y confirme la hora de la próxima sesión para cada persona participante.
5. Verifique que cuenta con la cantidad de material requerido para la sesión.
6. Verifique que cuenta con la cantidad de refrigerios saludables requeridos.

Antes de iniciar la Sesión de Consejería:

- 1 Brinde una cordial bienvenida a la persona participante y agradezca su presencia.

- 2 Brinde un refrigerio saludable, por ejemplo: frutos secos sin sal, jugo sin azúcar, barras de cereal (Figura 10).
- 3 Escuchar los problemas prioritarios que la persona participante desee exponer y buscar dentro de lo posible alguna solución o apoyo.
- 4 Revise junto a cada persona participante el registro de pasos diarios.
- 5 Sistematice el registro de pasos diarios en la plantilla suministrada por la Asociación Americana del Corazón, la cual brinda el resultado de la cantidad de pasos semanales, la equivalencia en kilómetros y las calorías que se queman por semana.
- 6 La información obtenida otorga un diagnóstico del promedio de pasos que camina por día, motive a que continúe utilizando el podómetro y mejore el resultado obtenido en el diagnóstico.
- 7 Brinde algún reconocimiento por el logro del registro: material antiestrés.
- 8 En caso necesario aclare dudas y brinde recomendaciones.

Desarrollo Sesión de Consejería:

- 1 Defina estrés (Figura 41).

Figura 41. Pantalla software definición de estrés



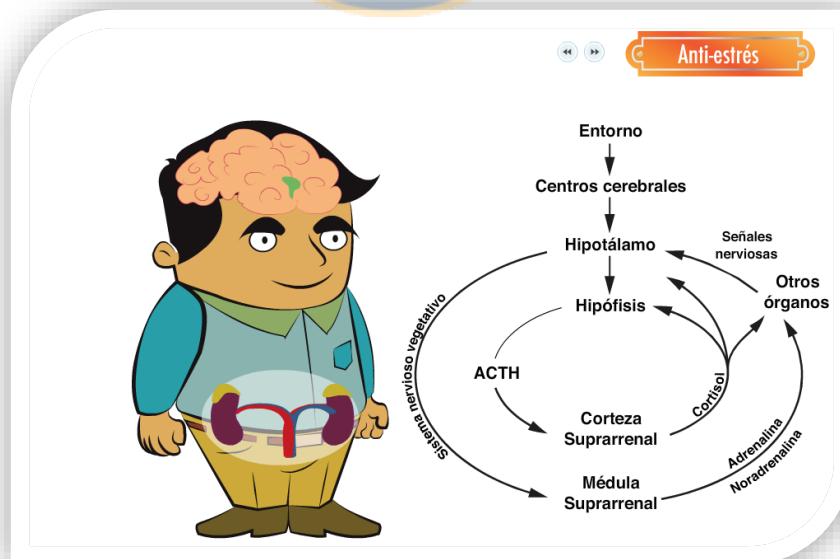
- 2 Compare el manejo del estrés con una olla de presión, ya que si se acumula puede explotar (Figura 42).

Figura 42. Pantallas software manejo del estrés



- 3 Explique la relación entre el estrés: la unión entre la respuesta fisiológica y la psicológica (Figura 43).

Figura 43. Pantalla software respuesta fisiológica al estrés



4 Repase los motivos por los cuales es recomendable disminuir los niveles de estrés (Figura 44).

Figura 44. Pantalla software manifestaciones del estrés



5 Pregunte a la persona participante sobre su práctica actual de manejo del estrés.

- 6 Pregunte ¿cuáles serían los principales obstáculos para realizar actividades para manejo del estrés? y recomiende estrategias que permitan superar dichos obstáculos.
- 7 Recuerde el ejercicio de relajación profunda realizado en la segunda sesión y motive a continuar su práctica.

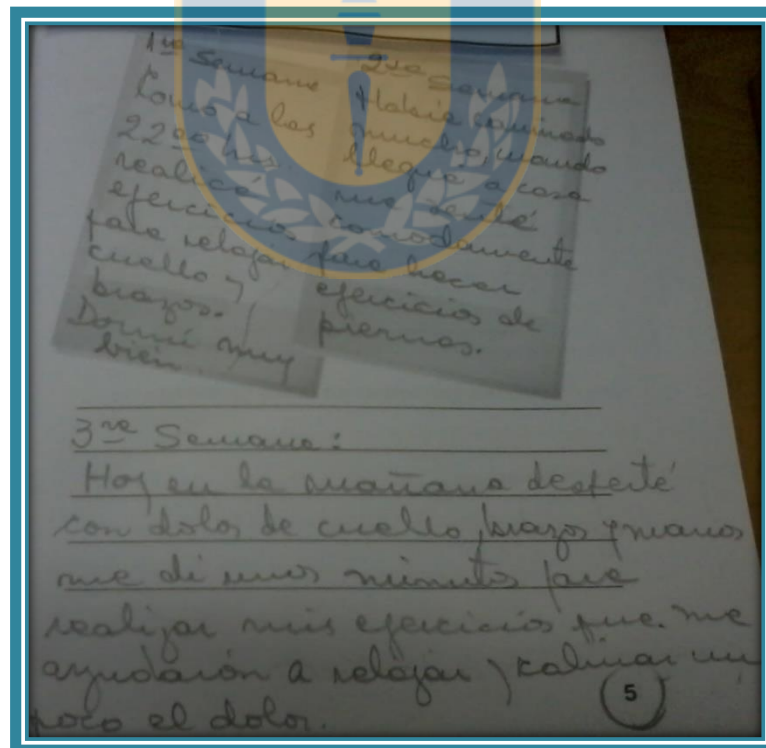
Evaluación Inmediata:

Solicite a la persona participante que anote las recomendaciones para poner en práctica un adecuado manejo del estrés.

Evaluación Mediata:

Solicite a la persona participante que realice al día al menos una estrategia (Figura 45).

Figura 45. Ejemplo evaluación mediata de la sesión



Sesión 14: ¡Estoy Bien!

Tiempo estimado de la sesión: 1 hora.

Objetivo General: La persona participante conocerá las herramientas para el fortalecimiento de una adecuada autoestima y la influencia positiva en su CVRS y control de FRC.

Objetivo de Aprendizaje: Al finalizar la sesión, la persona participante será capaz:

- Exponer los conocimientos que tienen acerca de la autoestima.
- Comprender el concepto de autoestima.
- Identificar los cambios que provoca en el organismo de las mujeres la menopausia y en los hombres la andropausia y su relación con la autoestima.
- Lograr verse en el espejo y/o tomarse una fotografía donde se identifiquen los aspectos positivos de la autoimagen y la autopercepción de sí misma/o.
- Identificar al menos tres recomendaciones para fortalecer la autoestima poner en práctica.

Materiales: material educativo, computadora, data, esencia, lápiz, espejo.

Preparación Previa

1. Familiarícese con el contenido de la temática antes de cada consejería.
2. Arreglar el consultorio de modo que la persona participante se sienta cómodo y en confianza.
3. Agende y confirme la hora de asistencia a la próxima sesión para cada persona participante.
4. Verifique que cuenta con la cantidad de material requerido para la sesión.
5. Verifique que cuenta con la cantidad de refrigerios saludables requeridos.

Antes de iniciar la Sesión de Consejería:

1. Brinde una cordial bienvenida a la persona participante y agradezca su presencia.
2. Brinde un refrigerio saludable, por ejemplo frutos secos sin sal, jugo sin azúcar, barras de cereal (Figura 10).
3. Escuchar los problemas prioritarios que la persona participante desee exponer y buscar dentro de lo posible alguna solución o apoyo.
4. Revise junto a cada persona participante la evaluación de la sesión anterior.
5. En caso necesario aclare dudas y brinde recomendaciones.

Desarrollo Sesión de Consejería

1. Realizar lluvia de ideas con la persona participante a cerca de lo que conoce sobre autoestima.
2. Revise los conceptos que involucra la autoestima: autoimagen-autovaloración-autoconfianza-autoafirmación (Figura 46).

Figura 46. Pantalla software autoestima



3. Enlace lo anterior, con los cambios que se producen en el organismo de las mujeres con la menopausia y en el caso de los hombres con la andropausia (Figura 47).

Figura 47. Pantalla software menopausia y andropausia



4. Favorecer el contacto con el presente que vive cada persona y remirarse en este periodo de la vida (Figura 48).

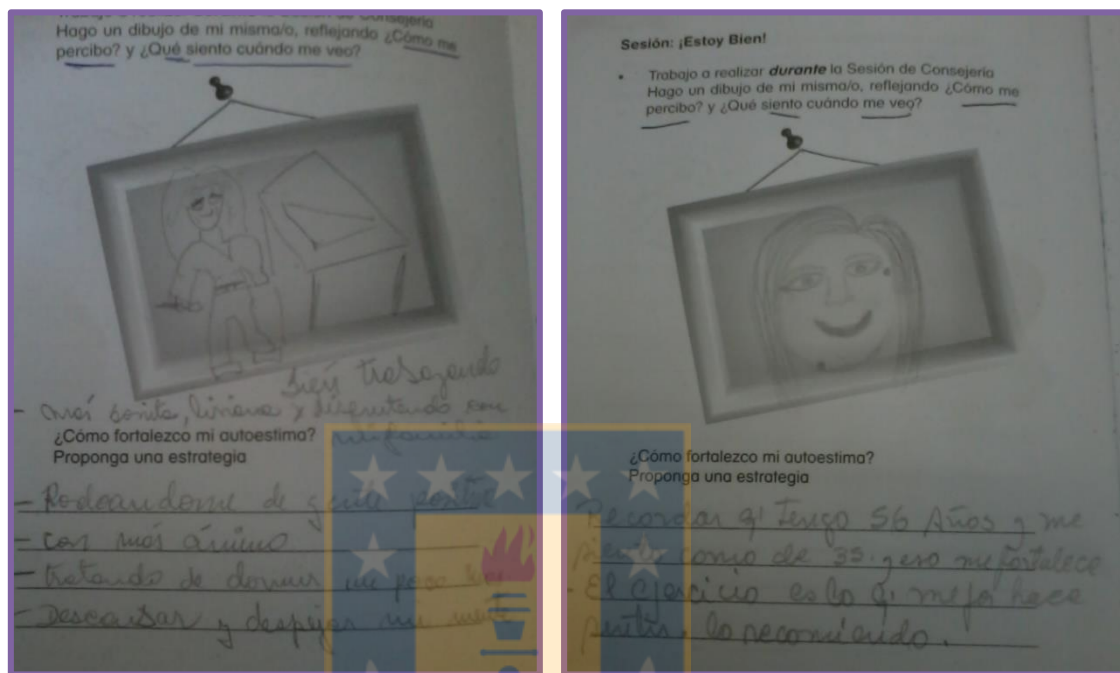
Figura 48. Espejo



5. Ayudar a aceptar que la hipertensión es una enfermedad crónica y fortalecer las acciones que puedan revertir el sobrepeso o detener el aumento de peso; así como tomar control de los niveles de colesterol y triglicéridos.
6. Se acaran dudas respecto al tema.
7. Permita la expresión de la persona participante en relación al tema.
8. Resalte la importancia de fortalecer la autoestima cotidianamente para la contribución a la CVRS y control de factores de riesgo cardiovascular.
9. Agradezca a la persona participante su presencia e invítele a la próxima sesión.

Evaluación Inmediata: Solicite al participante que propongan una estrategia para fortalecer o aumentar su autoestima (Figura 49).

Figura 49. Ejemplos del trabajo realizado correspondientes a la sesión



Evaluación Mediata: Dar seguimiento a la estrategia por un mes

Sesión 15: Haciendo un recorrido por las sesiones recibidas y el impacto en la calidad de vida relacionada con salud

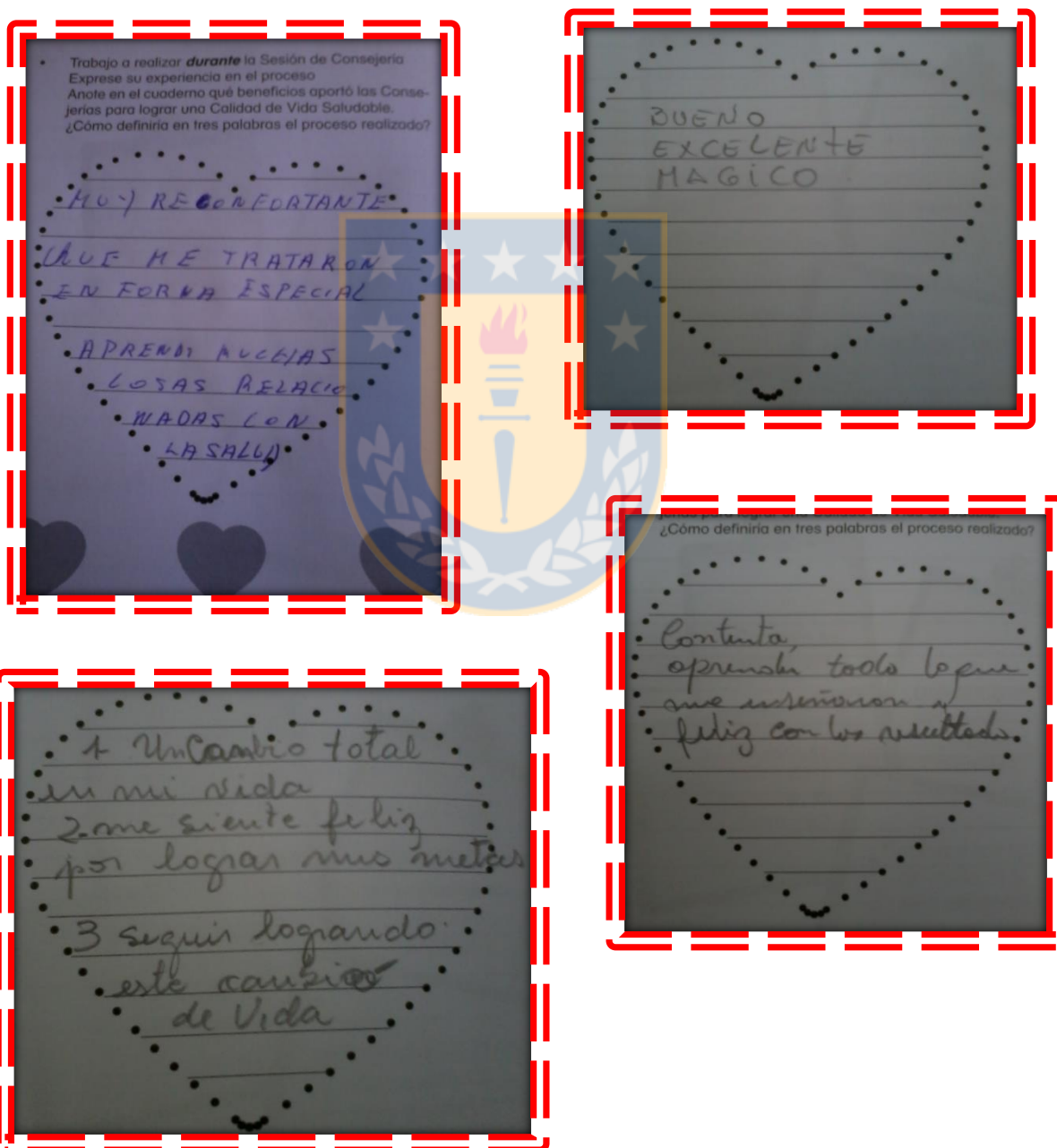
Sesión 15: Haciendo un recorrido por las sesiones recibidas y el impacto en la calidad de vida relacionada con salud

Tiempo estimado de la sesión: 30min-1 hora

Objetivo General	La persona participante evidenciará los efectos que han experimentado en su calidad de vida relacionada con la salud.		
Objetivos de Aprendizaje	Al finalizar la sesión la persona participante podrá: Describir lo que ha significado el proceso de intervención en su calidad de vida relacionada con salud para la persona usuaria. Realizar diálogo comprometido sobre la experiencia de vivir con expectativas de cambio durante los meses que participó en la consejería de enfermería en salud cardiovascular.		
Materiales	Esencia Grabadora	Certificado de participación Carpeta	Lápiz
Preparación Previa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Familiarícese con la técnica de diálogo comprometido. 2. Arreglar el consultorio de modo que la persona participante se sienta cómodo y en confianza. 3. Entregue invitación para la ceremonia de cierre donde se entregará un comprobante y un reconocimiento por la participación a todas las sesiones de consejería. 4. Verifique que cuenta con la cantidad de material requerido para la sesión. 5. Verifique que cuenta con la cantidad de refrigerios saludables requeridos. 		
Antes de iniciar la Sesión de Consejería	<ol style="list-style-type: none"> 1. Brinde una cordial bienvenida a la persona participante y agradezca su presencia. 2. Brinde un refrigerio saludable, por ejemplo: frutos secos sin sal, jugo sin azúcar, barras de cereal (Figura 10). 3. Escuchar los problemas prioritarios que la persona participante desee exponer y buscar dentro de lo posible alguna solución o apoyo. 4. Revise junto a cada persona participante la evaluación de la sesión anterior. 5. En caso necesario aclare dudas y brinde recomendaciones. 		
Desarrollo Sesión de Consejería	<ol style="list-style-type: none"> 1. Permita la expresión de la persona participante sobre experiencia en el proceso. 2. Propicie un ambiente de diálogo abierto a partir de preguntas generadoras. 3. Realice el diálogo comprometido. 4. Recuerde el consentimiento para grabar la conversación y transcribirla literalmente. 5. Permita la expresión de la persona usuaria sobre sus expectativas de cambio en la salud. 		

6. Indique a la persona que la en caso necesario o si ella lo desea puede contactarse para revisar la transcripción y corroborar la información.
7. Entregue el certificado de participación si es que no pudiera asistir a la ceremonia
8. Motive a continuar con el proceso de cambio en su vida y de vivir con expectativas de cambio.
9. Agradezca a la persona participante la participación realizada.

Figura 50. Ejemplos de lo anotado en el cuaderno respecto al proceso de Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica en Salud Cardiovascular



4. RESULTADOS CUANTITATIVOS

Esta sección comprende:

4.1 Análisis Descriptivo

4.1.1 Perfil sociodemográfico y de salud de las personas participantes

4.1.2 Descripción de las variables dependientes

4.2 Experimento

4.2.1 Homologación de características Grupo Control y Experimental en medición pre-test

4.2.2 Comparación al interior de cada grupo

4.2.3 Efecto de la Intervención de Enfermería

4.2.4 Resultados a través de las figuras utilizadas en el software de la Intervención Innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica en Salud Cardiovascular



4.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO

4.1.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y DE SALUD DE LAS PERSONAS PARTICIPANTES:

Descripción de las características de 109 personas con tres factores de riesgo cardiovascular de forma conjunta: hipertensión, dislipidemia y sobrepeso, pertenecientes al Programa de Salud Cardiovascular de los seis CESFAM Municipalizados de Concepción que respondieron el instrumento recolector de datos en el pre-test por grupo control y grupo experimental.

Tabla 10. Características biosociodemográficas de las personas participantes

VARIABLE	Grupo				Total n=109		X ²	gl	Valor-p	
	Control n=56		Experimental n=53		F	%				
	f	%	f	%						
Sexo										
Femenino	36	64,3	40	75,5	76	69,7	1,61	1	0,2039	
Masculino	20	35,7	13	24,5	33	30,3				
Edad en años cumplidos										
Rango edad	35-44 años	1	1,8	2	3,8	3	2,8	21,57	22	0,486
	45-54 años	23	41,1	14	26,6	37	33,9			
	55-64 años	32	57,2	37	69,8	69	63,3			
Último nivel de escolaridad cursó-aprobó										
Enseñanza Básica	10	17,9	10	18,8	20	18,3	7,62	8	0,4713	
Enseñanza Media	29	51,8	28	52,8	57	52,3				
Enseñanza Técnica	8	14,3	11	20,8	19	17,4				
Enseñanza Universitaria	9	16	4	7,6	13	11,9				
Estado civil actual										
Soltera/o	10	17,9	12	22,6	22	20,2	4,14	6	0,6577	
Casada/o	31	55,4	29	54,7	60	55				
Separada/o	5	8,9	2	3,8	7	6,4				
Divorciada/o	1	1,8	2	3,8	3	2,8				
Viuda/o	4	7,1	6	11,3	10	9,2				
Conviviente	5	8,9	2	3,8	7	6,4				
N° personas que componen el hogar										
1 a 4	41	73,3	45	84,9	86	78,9	10,521	7	0,161	
5 a 8	15	26,7	8	15,1	23	21,1				
Tipo de Familia										
Solo	3	5,4	6	11,3	9	8,3	1,31	2	0,5184	
Nuclear	34	60,7	31	58,5	65	59,6				
Familia extendida	19	33,9	16	30,2	35	32,1				
Total	56	100	53	100	109	100				

*p≤0,05, **p≤0,01

Continuación Tabla 10. Características biosociodemográficas de las personas participantes

VARIABLE	Grupo				Total		X ²	gl	Valor-p	
	Control		Experimental		n=109					
	n=56	n=53	n=56	n=53	n=109	n=109				
	f	%	f	%	f	%				
Número de hijos										
SI	1 a 2	27	48,2	25	47,2	52	47,7	9,624	6	0,141
	3 a 4	22	39,3	17	32,1	39	35,8			
	5 y más	6	10,7	2	3,8	8	7,3			
NO		1	1,8	9	17	10	9,2			
Situación ocupacional actual										
Ocupados	Independiente/cuenta propia	12	21,4	9	17	21	19,3	5,36	6	0,4979
	Asalariado/a empresa pública	0	0	3	5,7	3	2,8			
	Asalariado/a empresa privada	12	21,4	11	20,8	23	21,1			
Desocupados	Asesoras de Hogar	7	12,5	4	7,5	11	10,1			
	Temporalmente cesante	1	1,8	2	3,8	3	2,8			
Inactivo	Retirado/a-Pensionado/a	7	12,5	10	18,9	17	15,6			
	Trabajo sin remuneración (dueña de casa)	17	30,4	14	26,4	31	28,4			
Grupo ocupacional										
Profesionales y técnicos	8	14,3	11	20,8	19	17,4	6,044	11	0,87	
Empleados oficina	2	3,6	2	3,8	4	3,7				
Vendedores y afines	4	7,1	6	11,3	10	9,2				
Seguridad	1	1,8	1	1,9	2	1,8				
Transporte	1	1,8	1	1,9	2	1,8				
Artesanos	1	1,8	3	5,7	4	3,7				
Construcción	3	5,4	2	3,8	5	4,6				
Mantenimiento y aseo	2	3,6	0	0	2	1,8				
Asesora del hogar	9	16,1	4	7,5	13	11,9				
Quehaceres del hogar (Dueña de casa)	17	30,4	15	28,3	32	29,4				
Pensionados	6	10,7	6	11,3	12	11				
Cesante	2	3,6	2	3,8	4	3,7				
Total	56	100	53	100	109	100				

*p≤0,05, **p≤0,01

En la tabla 10 se aprecia que ambos grupos están conformados por un mayor porcentaje de mujeres, 69,7%. Respecto a la edad en años cumplidos, se agrupó según decenios de edad; se encontró en ambos grupos un mayor porcentaje de participantes en el rango de edad entre 60-64 años (63,3%).

Con relación al último nivel de escolaridad que cursaron y aprobaron las personas participantes en el estudio, 52,3% realizaron la enseñanza media, el 17,4% tiene educación técnica y 18,3% la enseñanza básica.

En lo que refiere al estado civil actual, el 55,4% de las personas del grupo control son casadas, 17,9% son solteras y 8,9% se define como “conviviente”, sin especificar su condición civil. Por otra parte, las personas del grupo experimental refirieron estar casados/as en un 54,7%, solteros/as 22,6% y un 10% son viudas/os.

En cuanto al número de personas que componen el hogar, incluyendo a la persona participante en el estudio, el 73,3% del grupo control refirieron que su hogar lo componen de 1 a 4 personas y un 26,7% 5 a 8 personas. A su vez, el grupo experimental indica que sus hogares están compuestos por un 84,9% por 1 a 4 personas y en un 15,1% por 5 a 8 personas.

Respecto del tipo de familia, el predominante es el nuclear de acuerdo a lo señalado por el 60,7% del grupo control y 58,5% del grupo experimental.

Referente al número de hijos/as, casi la totalidad de las personas del grupo control (98,2%) refirieron tener hijos/as, el 48,2% declaró tener de 1 a 2; también los del grupo experimental, en su mayoría (83,1%) manifestaron tener hijos/as; el 47,2% tiene de 1 a 2.

La situación laboral actual, en el grupo control se encuentra un 42,9% *inactiva*, distribuida de la siguiente manera: 12,5% están pensionados/as y 30,4% corresponde a trabajo no remunerado, es decir, mujeres dueñas de casa. Las personas en condición *ocupadas* del grupo control, se encuentran en mismo porcentaje las independiente/cuenta propia (21,4%) y las asalariadas empresa privada (21,4%), le siguen labores de servicio doméstico como asesoras del hogar (12,5%). Resultados similares a los anteriores, se obtuvieron en el grupo experimental, el 45,3% de las personas de este grupo se encuentra *inactivo* y las

ocupadas se desempeñan mayoritariamente como asalariados en la empresa privada (21,1%) y como independientes (19,3%).

Con relación al grupo ocupacional, se incluyó la labor de las dueñas de casa, con el fin de visualizar este quehacer, ya que el 29,4% se desempeñan de manera exclusiva a esta labor. Un 17,4% de las personas participantes en el estudio se ocupan en el rubro de profesionales y técnicas y 11,9% como asesora del hogar.

Tabla 11. Edad, número de personas que conforman el hogar y número de hijos de las personas participantes en el estudio

Variables	Grupo Control n=56					Grupo Experimental n=53					Total n=109					t	Valor-p
	Media	DE	Med	Q1	Q3	Media	DE	Med	Q1	Q3	Media	DE	Med	Q1	Q3		
Edad en años cumplidos	55,8	5,3	56	52	60	56,5	6	57	54	61	56,1	5,6	57	52	61	22	0,486
Nº personas componen hogar	3,6	1,6	3	2	5	3,1	1,5	3	2	4	3,4	1,5	3	2	4	11	0,161
Número de Hijos	2,7	1,4	2,5	2	3	2,1	1,3	2	1	3	2,4	1,4	2	2	3	9,6	0,141

* $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$

La tabla 11 muestra el promedio de edad de las personas que conforma el grupo control de 55,8 (DE 5,3) años y de 56,5 (DE 6,0) años para las personas del grupo experimental.

En promedio el grupo control tiene un hogar compuesto por 3,6 (DE 1,6) personas y el grupo experimental por 3,1 (DE 1,5).

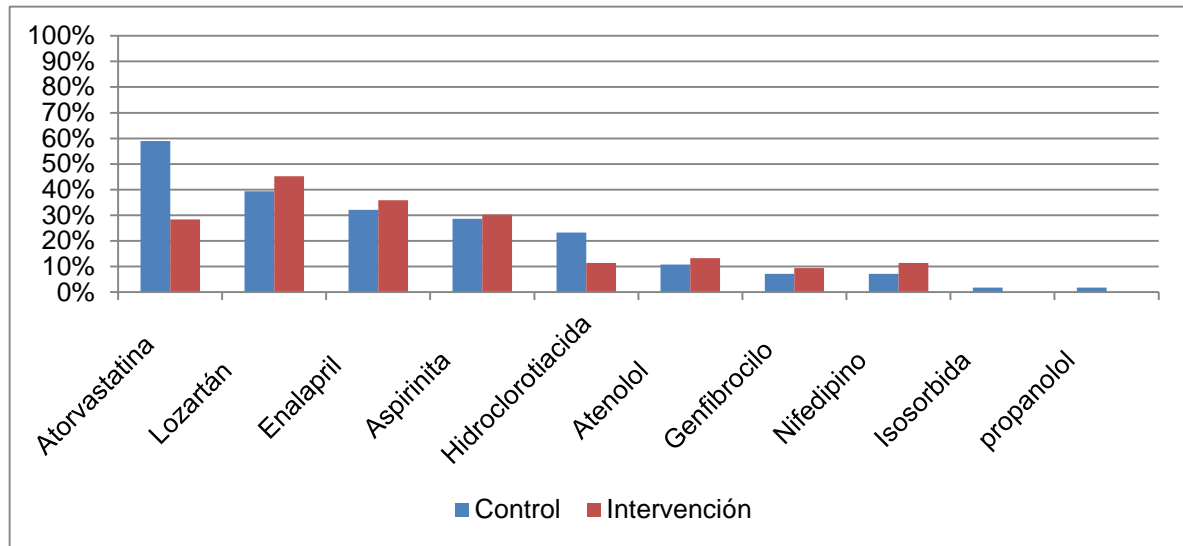
En relación al promedio de hijos, las personas del grupo control en promedio tienen 2,7 (DE 1,4) hijos/as y las del grupo experimental 2,1 (DE 1,3).

Tabla 12. Características descriptivas de salud de las personas participantes en el estudio

VARIABLE	Grupo Control n=56		Grupo Experimental n=53		Total n=109		X ²	gl	Valor-p
	f	%	f	%	f	%			
	Uso de medicamentos de manera permanente								
SI	50	89,3	50	94,3	100	91,7			
NO	6	10,7	3	5,7	9	8,3	0,92	1	0,338
Total	56	100	53	100	109	100			

* $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$

Gráfico 1: Medicamentos utilizados por las personas participantes en el estudio



*Cada persona puede utilizar más de un medicamento. * $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$

Respecto al uso de medicamentos de manera permanente, el 91,7% de las personas participantes en el estudio, consumen medicamentos, distribuidas en 89,3% del grupo control y 94,3% del grupo experimental. Un 8,3% de la totalidad de la muestra no consume medicamentos.

En cuanto a los medicamentos utilizados, la atorvastatina (44%), el losartán potásico (42,2%) y el enalapril maleato (30,3%), son los más usados de manera permanente por las personas participantes en el estudio.

Tabla 13. Menopausia de las mujeres participantes en el estudio

VARIABLE	Mujeres						X ²	gl	Valor-p
	Control		Experimental		Total				
	n=36		n=40		n=76				
	F	%	f	%	f	%			
Menopausia									
SI	27	75,0	31	77,5	58	76,3	0,07	1	0,798
NO	9	25,0	9	22,5	18	23,7			
Total	36	100	40	100	76	100			

* $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$

Al momento del pre-test, el 76,3% de las mujeres había presentado la menopausia, 75% del grupo control y 77,5% del experimental.

Tabla 14. Uso de Terapia de Reemplazo Hormonal en mujeres participantes

VARIABLE	Mujeres Grupo						X ²	gl	Valor-p
	Control n=27		Experimental n=31		Total n=58				
	f	%	f	%	f	%			
Terapia Reemplazo Hormonal									
SI	0	0	0	0	0	0	0,28	1	0,5994
NO	27	100	31	100	58	100			
Total	27	100	31	100	58	100			

*p≤0,05, **p≤0,01

De las mujeres participantes que han presentado la menopausia, ninguna utiliza Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH).

Tabla 15. Edad de la menopausia de las mujeres participantes en el estudio.

Variables	Grupo Control Mujeres n=36					Grupo Experimental Mujeres n= 40					Total n=109					t	Valor-p
	Media	DE	Med	Q1	Q3	Media	DE	Med	Q1	Q3	Media	DE	Med	Q1	Q3		
Edad Menopausia	43,9	10,5	45	42	50	48	5,3	50	46	52	46,1	8,4	48	43	50	60,6	0,000**

*p≤0,05, **p≤0,01

Se puede observar en la tabla 15 que el promedio de edad de la menopausia en las mujeres del grupo control es de 43,9 (DE 10,5) y las del grupo experimental de 48 (DE 5,3).

Tabla 16 .Características de hábitos de alimentación de las personas participantes en el estudio

VARIABLE	Grupo				Total		X ²	gl	Valor-p
	Control n=56		Experimental n=53		n =109				
	f	%	f	%	f	%			
Desayuno									
Siempre	50	89,3	52	98,1	102	93,6			
A veces	3	5,4	1	1,9	4	3,7	3,96	2	0,1381
Nunca	3	5,4	0	0	3	2,8			
Almuerzo									
Siempre	54	96,4	48	90,6	102	93,6			
A veces	2	3,6	5	9,4	7	6,4	1,56	1	0,2121
Nunca	0	0	0	0	0	0			
Once									
Siempre	46	82,1	45	84,9	91	83,5			
A veces	5	8,9	0	0	5	4,6	5,62	2	0,0601
Nunca	5	8,9	8	15,1	13	12			
Cena									
Siempre	12	21,4	10	18,9	22	20,2			
A veces	3	5,4	4	7,5	7	6,4	0,29	2	0,864
Nunca	41	73,2	39	73,6	80	73,4			
Agrega sal extra a las comidas									
Nunca	54	96,4	48	90,6	102	93,6			
Cuando la comida no tiene suficiente	0	0	3	5,7	3	2,8	3,27	2	0,1947
Siempre, aunque otros la consideren suficiente	2	3,6	2	3,8	4	3,7			
Consumo de líquido al día									
No más de 2 tazas	8	14,3	9	17	17	15,6			
De 3 a 5 tazas	18	32,1	20	37,7	38	34,9	2,65	3	0,4479
Entre 1 y 2 litros	20	35,7	20	37,7	40	36,7			
Más de 2 litros	10	17,9	4	7,5	14	12,8			
Repite comida									
Siempre	2	3,6	2	3,8	4	3,7			
A veces	12	21,4	15	28,3	27	24,8	0,71	2	0,7002
Nunca	42	75	36	67,9	78	71,6			
Frecuencia consumo de frutas									
Todos los días	25	44,6	30	56,6	55	50,5			
2 ó 3 veces por semana	19	33,9	14	26,4	33	30,3			
1 vez a la semana	6	10,7	4	7,5	10	9,2	2,4	4	0,663
1 ó 2 veces al mes	2	3,6	3	5,7	5	4,6			
Rara vez o nunca	4	7,1	2	3,8	6	5,5			
Total	56	100	53	100	109	100			

*p≤0,05, **p≤0,01

Continuación Tabla 16. Características de hábitos de alimentación de las personas participantes en el estudio.

VARIABLE	Grupo				Total		X ²	gl	Valor-p
	Control		Experimental		109				
	F	%	f	%	f	%			
Frecuencia consumo de leguminosas									
Todos los días	0	0	1	1,9	1	0,9	2,35	4	0,6716
2 ó 3 veces por semana	15	26,8	14	26,4	29	26,6			
1 vez a la semana	34	60,7	29	54,7	63	57,8			
1 ó 2 veces al mes	6	10,7	6	11,3	12	11,0			
Rara vez o nunca	1	1,8	3	5,7	4	3,7			
Frecuencia consumo de verduras									
Todos los días	43	76,8	42	79,2	85	78,0	2,51	4	0,6421
2 ó 3 veces por semana	9	16,1	7	13,2	16	14,7			
1 vez a la semana	1	1,8	3	5,7	4	3,7			
1 ó 2 veces al mes	1	1,8	0	0	1	0,9			
Rara vez o nunca	2	3,6	1	1,9	3	2,8			
Frecuencia consumo de vacuno									
Todos los días	0	0	1	1,9	1	0,9	4,42	4	0,3522
2 ó 3 veces por semana	13	23,2	18	34,0	31	28,4			
1 vez a la semana	20	35,7	19	35,8	39	35,8			
1 ó 2 veces al mes	16	28,6	8	15,1	24	22,0			
Rara vez o nunca	7	12,5	7	13,2	14	12,8			
Frecuencia consumo de cerdo, cordero y/o vísceras									
Todos los días	0	0	0	0	0	0,0	1,5	3	0,6812
2 ó 3 veces por semana	2	3,6	4	7,5	6	5,5			
1 vez a la semana	12	21,4	8	15,1	20	18,3			
1 ó 2 veces al mes	8	14,3	9	17,0	17	15,6			
Rara vez o nunca	34	60,7	32	60,4	66	60,6			
Frecuencia consumo mayonesa, papas fritas, sopaipillas u otras frituras									
Todos los días	0	0	0	0	0	0,0	1,38	3	0,7096
2 ó 3 veces por semana	0	0	1	1,9	1	0,9			
1 vez a la semana	5	8,9	6	11,3	11	10,0			
1 ó 2 veces al mes	15	26,8	15	28,3	30	27,5			
Rara vez o nunca	36	64,3	31	58,5	67	61,5			
Frecuencia consumo Pollo/Pavo									
Todos los días	1	1,8	0	0	1	0,9	4,19	4	0,3811
2 ó 3 veces por semana	38	67,9	41	77,4	79	72,5			
1 vez a la semana	14	25,0	12	22,6	26	23,9			
1 ó 2 veces al mes	2	3,6	0	0	2	1,8			
Rara vez o nunca	1	1,8	0	0	1	0,9			
Total	56	100	53	100	109	100			

*p≤0,05, **p≤0,01

Continuación Tabla 16. Características de hábitos de alimentación de las personas participantes en el estudio.

VARIABLE	Grupo				Total		X ²	gl	Valor-p
	Control		Experimental		n=109				
	n=56	n=53	n=56	n=53	f	%			
	f	%	f	%	f	%			
Frecuencia consumo de Pescado									
Todos los días	1	1,8	0	0	1	0,9			
2 ó 3 veces por semana	11	19,6	18	34,0	29	26,6			
1 vez a la semana	27	48,2	20	37,7	47	43,1	4,98	4	0,2894
1 ó 2 veces al mes	12	21,4	13	24,5	25	22,9			
Rara vez o nunca	5	8,9	2	3,8	7	6,4			
Frecuencia consumo de leche									
Todos los días	20	35,7	21	39,6	41	37,6			
2 ó 3 veces por semana	11	19,6	14	26,4	25	22,9			
1 vez a la semana	2	3,6	2	3,8	4	3,7	4,56	4	0,3352
1 ó 2 veces al mes	4	7,1	0	0	4	3,7			
Rara vez o nunca	19	33,9	16	30,2	35	32,1			
Frecuencia consumo de Quesillo									
Todos los días	5	8,9	2	3,8	7	6,4			
2 ó 3 veces por semana	15	26,8	16	30,2	31	28,4			
1 vez a la semana	6	10,7	8	15,1	14	12,8	2,22	4	0,6963
1 ó 2 veces al mes	8	14,3	5	9,4	13	12,0			
Rara vez o nunca	22	39,3	22	41,5	44	40,4			
Frecuencia consumo de Yogurt									
Todos los días	11	19,6	17	32,1	28	25,7			
2 ó 3 veces por semana	16	28,6	15	28,3	31	28,4			
1 vez a la semana	4	7,1	6	11,3	10	9,2	4,44	4	0,3499
1 ó 2 veces al mes	7	12,5	3	5,7	10	9,2			
Rara vez o nunca	18	32,1	12	22,6	30	27,5			
Frecuencia consumo de Queso									
Todos los días	6	10,7	2	3,8	8	7,3			
2 ó 3 veces por semana	21	37,5	15	28,3	36	33,0			
1 vez a la semana	8	14,3	11	20,8	19	17,4	4,39	4	0,3552
1 ó 2 veces al mes	6	10,7	10	18,9	16	14,7			
Rara vez o nunca	15	26,8	15	28,3	30	27,5			
Alimentos de consumo habitual entre las comidas									
Golosinas, papas fritas, otras cosas con sal/grasas	3	5,4	2	3,8	5	4,6			
Helados, chocolates, galletas, jugos	6	10,7	12	22,6	18	16,5			
Frutas, verduras	19	33,9	16	30,2	35	32,1	2,87	3	0,4126
No como entre las comidas	28	50,0	23	43,4	51	46,8			
Total	56	100	53	100	109	100			

*p≤0,05, **p≤0,01

Al indagar por las comidas que habitualmente consumen las personas participantes en el estudio, tanto las del grupo control como las del experimental, se encontró que, las de mayor consumo son el desayuno (93,6%) y el almuerzo 93,6%; la once en un 83,5%. Un 73,4% de las/os participantes no consume la última comida del día.

Por otro lado, se identificó en la alimentación, que la mayoría de las personas en estudio (93,6%) nunca agregan sal extra a las comidas, 96,4% grupo control y 90,6% hombres. El 3,7% refieren agregar sal siempre, aunque otras personas consideren que la comida tiene suficiente cantidad.

Con respecto al consumo de líquido al día, se observa que el 36,7% de las personas participantes tienen un consumo entre 1 y 2 litros y 12,8% consumen más de 2 litros de líquido al día.

En relación a repetir comida, entendido como, servirse más comida al terminar de comer la cantidad de comida servida inicialmente; un 3,7% lo hacen siempre, un 24,8% a veces y un 71,6% manifiestan nunca repetir comida.

En lo que respecta a la frecuencia en el consumo de frutas, se encontró en las personas participantes en el estudio que el 50,5% consume frutas todos los días, el 30,3% 2 ó 3 veces por semana y un 9,2% las consume una vez a la semana. Acerca de la frecuencia en el consumo de leguminosas el 57,8% afirmó comerlas una vez a la semana y 26,6% 2 ó 3 veces por semana. En cuanto a la frecuencia en el consumo de verduras, el 78% las incluye todos los días en su alimentación y el 14,7% 2 ó 3 veces por semana. Con respecto a la frecuencia en el consumo de carnes, las personas participantes señalan que el pollo/pavo es las más consumidas 2 ó 3 veces por semana (72,5%), seguido de la carne de vacuno una vez a la semana (35,8%), la carne de cerdo, cordero y/o vísceras es la menos consumida (60,6%), el 18,3% la consume una vez a la semana. El 43,1% de las personas participantes en el estudio señalan que incluyen el pescado en su dieta 1 vez a la semana; el 26,6% 2 ó 3 veces por semana y 22,9% de 1 ó 2 veces al mes. De la totalidad de las personas participantes, 61,5% manifiestan que rara vez o nunca

consumen frituras en su alimentación, 64,3% del grupo control y 58,5% del grupo experimental,

En relación a la frecuencia en el consumo de lácteos, se observa que el 37,6% incluyen la leche todos los días en su dieta y 22,9% 2 ó 3 veces por semana. El 40,4% rara vez o nunca consumen quesillo; solamente 28,4% personas lo consume 2 ó 3 veces por semana. El yogurt, un 27,5% lo consume rara vez o nunca, pero 28,4% lo incluyen en su dieta 2 ó 3 veces por semana y 25,7% todos los días. Del 100% de la muestra el 33% consumen 2 ó 3 veces por semana queso y el 27,5% lo ingieren rara vez o nunca. De las 41 personas que consumen leche todos los días 5 también consumen quesillo, 14 yogurt y 4 queso. Consumen leche 2 ó 3 veces por semana 25 personas, de esa totalidad, solamente 8 consumen quesillo y yogurt, 4 queso. De las 35 personas que consumen leche rara vez o nunca, 19 tienen esa misma frecuencia de consumo con el quesillo, 14 con el yogurt y 12 con el queso. Como se puede apreciar el 46,8% de las personas que completaron la medición basal manifestaron no comer entre comidas y 32,5% consumen habitualmente frutas.

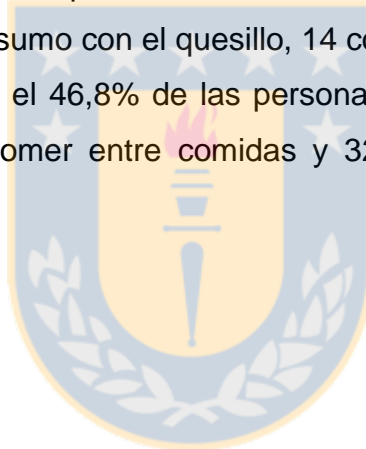


Tabla 17. Autopercepción de peso y opciones para controlarlo en las personas participantes en el estudio.

VARIABLE	Grupo				Total		X ²	gl	Valor-p
	Control		Experimental		n=109				
	n=56	n=53	n=56	n=53	n=109	n=109			
f	%	f	%	f	%				
Autopercepción de peso									
Bajo peso	1	1,8	0	0	1	0,9			
Normal	19	33,9	13	24,5	32	29,4	2,5	3	0,4751
Sobrepeso	35	62,5	38	71,7	73	67			
Obeso	1	1,8	2	3,8	3	2,8			
Realiza actualmente acciones para mantener un peso adecuado									
SI	35	62,5	30	56,6	65	59,6	0,39	1	0,5306
NO	21	37,5	23	43,4	44	40,4			
Acciones para mantener peso adecuado									
Controlo mi alimentación	20	35,7	23	43,4	43	39,4			
Realizo actividad física	11	19,6	4	7,5	15	13,8			
Ambos	4	7,1	1	1,9	5	4,6	6,93	3	0,0741
Otra	0	0	2	3,8	2	1,8			
Ninguna	21	37,5	23	43,4	44	40,4			
Razones por las que no controla el peso*									
Porque significa un costo extra o alto	4	7,1	2	3,8	6	5,5			
Porque no sabe como	7	12,5	3	5,7	10	9,2			
Porque cree no tener la voluntad suficiente	5	8,9	10	18,9	15	13,8	6,67	4	0,1546
Porque no lo encuentra importante	4	7,1	3	5,7	7	6,4			
Otra	1	1,8	5	9,4	6	5,5			
Forma más eficaz mantener el peso adecuado									
Actividad física de forma periódica.	3	5,4	1	1,9	4	3,7			
Controlar consumo alimentos altos en grasas, masas/aumentar el consumo de frutas, verduras.	7	12,5	2	3,8	9	8,3			
Actividad física de forma periódica/evitar alimentos altos en grasas y masas/aumenta consumo frutas, verduras.	39	69,6	41	77,4	80	73,4	4	3	0,2617
Comer menos en general.	7	12,5	9	17	16	14,7			
Total	56	100	53	100	109	100			

*Esta pregunta fue realizada sólo para quienes no realizaron actividad física.

*p≤0,05, **p≤0,01

Las personas participantes en el estudio se autoperciben de acuerdo a su peso, 67% en sobrepeso. El 29,4% se perciban en peso normal.

De la totalidad de las personas participantes en el estudio, el 59,6% realizan acciones para mantener su peso adecuado actualmente.

Un 39,4% indicó que para mantener su peso adecuado en la actualidad controlan su alimentación. El 13,8% realizan como estrategia para mantener su peso adecuado la actividad física. El 4,6% de las personas participantes combinan ambas actividades. Por otra parte, el 40,4% no realizan ninguna acción específica para mantener su peso adecuado en la actualidad, debido a que un 13,8% no creen tener la voluntad suficiente; por otra parte, 9,2% no saben cómo hacerlo y 6,4% no lo encuentran importante.

El 73,4% señala que la forma más eficaz de mantener un peso adecuado se logra al hacer actividad física de forma periódica y evitar los alimentos altos en grasas y masas, a la vez que se aumente el consumo de frutas y verduras; asimismo, el 14,7% indica que se logra al comer menos en general.

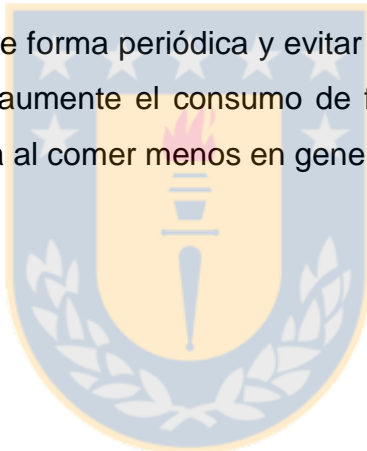


Tabla 18. Características de la práctica de la actividad física en las personas participantes en el estudio

VARIABLE	Grupo				Total		X ²	gl	Valor-p
	Control n=56		Experimental n=53		f	%			
	f	%	f	%					
Frase que representa su actividad física									
Estoy básicamente sentado y camino poco	9	16,1	14	26,4	23	21,1			
Realizo actividad física pero no regularmente	30	53,6	33	62,3	63	57,8	6,41	2	0,0405
Hago actividad física en forma permanente	17	30,4	6	11,3	23	21,1			
Práctica de actividad física en el último año									
SI	27	48,2	35	66,0	62	56,9	3,53	1	0,0604
NO	29	51,8	18	34,0	47	43,1			
Práctica de actividad física en el último mes									
SI	25	44,6	7	13,2	32	29,4	12,97	1	0,0003*
NO	31	55,4	46	86,8	77	70,6			
Práctica de actividad física en última semana									
SI	23	41,1	7	13,2	30	27,5	10,6	1	0,0011*
NO	33	58,9	46	86,8	79	72,5			
Principal razón para no haber practicado actividad física*									
Porque su salud no se lo permite	10	17,9	7	13,2	17	15,6	4,24	5	0,5156
No le interesa o no le motiva	6	10,7	14	26,4	20	18,3			
No tuvo tiempo	13	23,2	17	32,1	30	27,5			
No tiene lugares donde practicar	2	3,6	3	5,7	5	4,6			
No tiene con quién practicar	1	1,8	4	7,5	5	4,6			
Otro	1	1,8	1	1,9	2	1,8			
Postura en el trabajo									
Sentado/a	3	5,4	8	15,1	11	10,0			
Levantando carga	3	5,4	0	0	3	2,8			
De pie	20	35,7	33	62,3	53	48,6	17,98	4	0,0012
Caminando	29	51,8	10	18,9	39	35,8			
Conduciendo	1	1,8	2	3,8	3	2,8			
Total	56	100	53	100	109	100			

*Esta pregunta fue realizada sólo para quienes no realizaron actividad física.

*p≤0,05, **p≤0,01

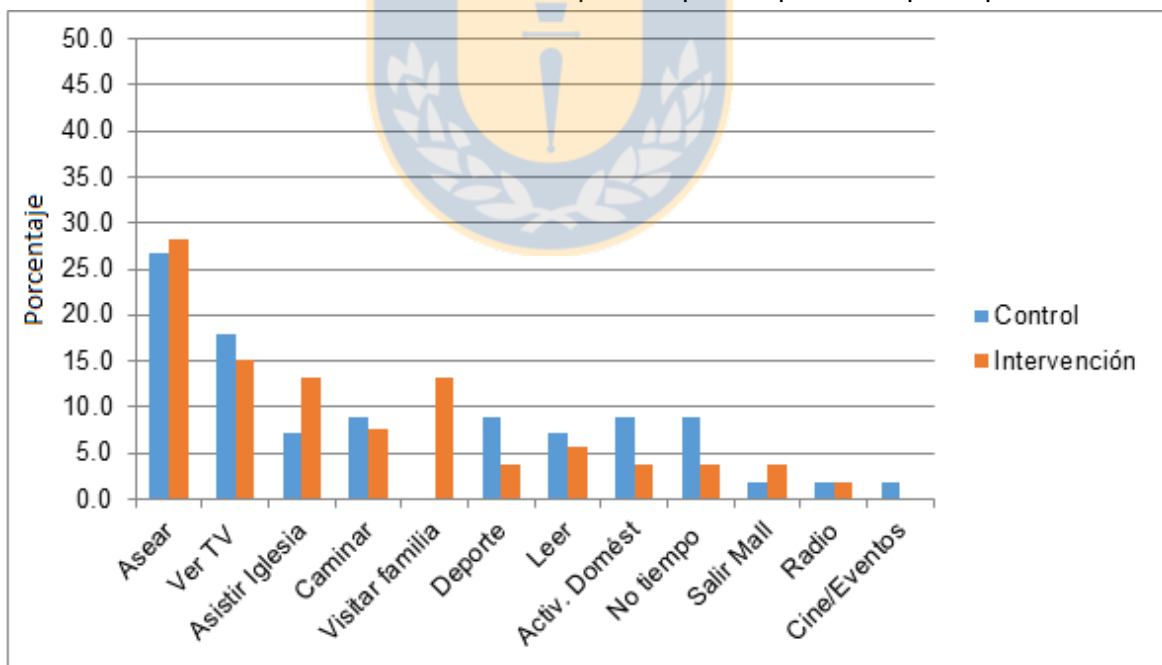
Se observa en la tabla 18, un 57,8% de la muestra que señala como frase que mejor los/as representa con respecto a la actividad física es que la practican pero no regularmente y un 21,1% refiere hacer actividad física en forma permanente.

De acuerdo a las respuestas obtenidas en cuanto a la práctica de actividad física, existe una leve diferencia entre las personas que en el último año no practicaron actividad física (56,9%) con respecto a las que sí practicaron (43,3%). En lo que respecta a la práctica de actividad física en el último mes, se encontró que 70,6% no practicaban y en la última semana 72,5% la practicaron; ambos resultados fueron significativos.

Un 27,5% de las personas expresan que la principal razón para no haber practicado actividad física fue no tener tiempo, al 18,3% no le interesa o no le motiva y al 15,6% su salud no se los permite.

La postura que adoptan las personas participantes en el estudio en el trabajo que realizan es mayoritariamente estar de pie con 48,6% y caminando un 35,8%.

Gráfico 2. Actividad más realizada en el tiempo libre por las personas participantes.



$\chi^2=13,41$, $gl=11$, $valor-p= 0,2672$
 $*p \leq 0,05$, $**p \leq 0,01$

En lo relacionado con las actividades que ocupan el primer lugar en el tiempo libre de las personas participantes en el estudio, se encuentran: asear, ordenar o reparar cosas en su hogar (27,5%), ver televisión (16,5%) y asistir a un grupo (10,1%). Un 6,4% mencionó no tener tiempo libre.

4.1.2 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES DEPENDIENTES

Se consideró necesario contar con una evaluación de las/os participantes del estudio por sexo respecto a la Calidad de vida relacionada con salud (CVRS), la percepción general de autoeficacia y apoyo social.

Tabla 19. Dimensión Salud General para la subescala Componente de Salud Física (CSF) del SF-36, en mujeres.

VARIABLE	Grupo				Total		X ²	gl	Valor-p
	Mujeres Control n=36		Mujeres Experimental n=40		n=76				
	F	%	F	%	f	%			
Calificación de la Salud en General									
Mala	2	5,5	1	2,5	3	4	0,959	4	0,917
Regular	14	38,9	18	45	32	42,1			
Buena	18	50	18	45	36	47,3			
Muy buena	1	2,8	2	5	3	4			
Excelente	1	2,8	1	2,5	2	2,6			
Total	36	100	40	100	76	100			

*p≤0,05, **p≤0,01

En general el 47,3% de las mujeres participantes en el estudio señalaron que su salud es buena. Por el contrario, el 42,1% señaló que su salud es regular.

Tabla 20. Dimensión Salud General para la subescala Componente de Salud Física (CSF) del SF-36, en hombres.

VARIABLE	Grupo				Total		X ²	gl	Valor-p
	Hombres Control		Hombres Experimental		n=33				
	F	%	f	%	F	%			
Calificación de la Salud en General									
Mala	2	10	0	0	2	6,1	4,599	4	0,369
Regular	7	35	2	15,4	11	33,3			
Buena	8	40	8	61,5	17	51,5			
Muy buena	2	10	3	23,1	2	6,1			
Excelente	1	5	0	0	1	3			
Total	20	100	13	100	33	100			

*p≤0,05, **p≤0,01

En cuanto a los hombres, el 51,5% percibió su salud como buena. Por el contrario, el 33,3% expresó que su salud es regular.

Tabla 21. Calificación de Salud comparada con un año atrás en mujeres participantes

VARIABLE	Grupo				Total		X ²	GI	Valor-p
	Mujeres Control		Mujeres Experimental		n=76				
	F	%	f	%	F	%			
Calificación de Salud en comparación a un año atrás									
Peor	0	0	1	2,5	1	1,3	2,42	4	0,843
Algo Peor	11	30,5	9	22,5	20	26,3			
Igual	15	41,7	16	40	31	40,8			
Algo mejor	10	27,8	13	32,5	23	30,3			
Mucho mejor	0	0	1	2,5	1	1,3			
Total	36	100	40	100	76	100			

*p≤0,05, **p≤0,01

La tabla 21, muestra que un 40,8% de las mujeres participantes en el estudio calificaron su salud actual igual en comparación a un año atrás; un 30,3% algo mejor y un 26,3% algo peor.

Tabla 22. Calificación de Salud comparada con un año atrás, hombres participantes

VARIABLE	Grupo				Total		X ²	gl	Valor-p
	Hombres Control n=20		Hombres Experimental n=13		n=33				
	F	%	f	%	f	%			
Calificación de Salud en comparación a un año atrás									
Peor	2	10	0	0	2	6	9,033	4	0,47
Algo Peor	7	35	2	15,4	9	27,3			
Igual	4	20	8	61,5	12	36,4			
Algo mejor	3	15	3	23,1	6	18,2			
Mucho mejor	4	20	0	0	4	12,1			
Total	20	100	13	100	33	100			

*p≤0,05, **p≤0,01

La tabla 22 muestra que un 36,4% de los hombres participantes en el estudio calificaron su salud actual igual en comparación a un año atrás; un 27,3% expresaron estar algo peor y un 18,2% algo mejor.

Tabla 23. Medidas resumen de la calidad de vida relacionada con salud en mujeres participantes en el estudio

Variables	Mujeres Grupo Control n=36						Mujeres Grupo Experimental n= 40						T	gl	Valor-p		
	Media	DE	Mín.	Máx.	Med	Q1	Q3	Media	DE	Mín.	Máx.	Med				Q1	Q3
Componente Salud Física (CSF)	77,08	12,01	42,5	97,5	79,58	67,5	84,17	79,66	8,37	60	97,5	79,17	74,17	83,33	-1,07	63	0,2878
Componente Salud Mental (CSM)	68,48	13,6	39,42	87,5	69,46	56,5	78,5	66,94	13,67	39,67	90	68,88	57,42	77,83	0,49	74	0,6236

Puntajes cercanos a 100 se interpretan como mejor percepción de la calidad de vida relacionada con salud y cercanos a 1 como peor.

*p≤0,05, **p≤0,01

El componente de Salud Física (CSF) del SF-36, en las mujeres alcanzó un promedio de 77,08 (DE 12,01) en el grupo control y de 79,66 (DE 8,37) en el grupo experimental. En el componente de Salud Mental (CSM) ambos grupos obtienen puntajes promedios muy similares, el control 68,48 (DE 13,6) y el experimental 66,94 (DE 13,7). Ni los puntajes del CSF ni del CSM resultaron ser significativos.

Tabla 24. Medidas resumen de la calidad de vida relacionada con salud en hombres participantes en el estudio.

Variables	Hombres Grupo Control n=20						Hombres Grupo Experimental n=13						T	gl	Valor-p		
	Media	DE	Mín.	Máx.	Med	Q1	Q3	Media	DE	Mín.	Máx.	Med				Q1	Q3
<i>Componente</i>																	
Salud Física (CSF)	80,51	14,16	56,25	99,17	82,08	67,5	95,83	84,41	8,15	68,33	96,67	84,38	79,17	90,83	-0,9	31	0,3766
<i>Componente</i>																	
Salud Mental (CSM)	72,03	14,53	46,5	90	75,38	61,17	85,75	78,72	6,72	68,67	89	79,75	72,25	82,75	-1,79	29	0,0844

Puntajes cercanos a 100 se interpretan como mejor percepción de la calidad de vida relacionada con salud y cercanos a 1 como peor.
**p≤0,05, **p≤0,01*

El componente de Salud Física (CSF) del SF-36, en los hombres alcanzó un promedio de 80,51(DE 14,2) en el grupo control y de 84,41 (DE 8,2) en el grupo experimental. En el componente de Salud Mental (CSM) ambos grupos obtienen puntajes promedios muy similares, el control 72,03(DE 14,5) y el experimental 78,72 (DE 6,7). Ni los puntajes del CSF ni del CSM resultaron ser significativos.

En las tabla 25 y 26 se observa cada una de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con salud para las mujeres y los hombres, de acuerdo al grupo control y experimental.

Tabla 25. Dimensiones de la calidad de vida relacionada con salud en mujeres en estudio

Componentes CVRS	Dimensiones CVRS	Mujeres Grupo Control n=36						Mujeres Grupo Experimental n= 40						Estadígrafo	gl	Valor-p		
		Media	DE	Min.	Máx.	Med	Q1	Q3	Media	DE	Min.	Máx.	Med				Q1	Q3
Componente SF	Función Física	86,3	12	53	100	90	80	96,67	89,58	7,85	70	100	90	83,3	96,67	1313,5 [‡]	1	0,4468
	Rol Físico	93,06	13	50	100	100	87,5	100	94,38	10,57	50	100	100	87,5	100	1384 [‡]	1	0,9792
	Dolor Corporal	56,94	21	20	100	50	40	70	60,75	19,92	20	100	60	50	70	-0,82 [§]	74	0,4167
	Salud General	72,04	16	37	93	76,7	63,3	86,67	73,92	14,62	30	97	76,67	63,3	83,33	1355,5 [‡]	1	0,7497
Componente SM	Vitalidad	66,39	19	25	100	65	50	80	65	15,65	40	100	65	50	75	-0,35 [§]	74	0,7279
	Función Social	82,5	18	40	100	90	70	100	80,25	19,28	40	100	85	70	100	1426,5 [‡]	1	0,6643
	Rol Emocional	54,26	9,5	20	60	60	46,7	60	52	11,91	20	60	60	46,7	60	1436,5 [‡]	1	0,5468
	Salud Mental	70,78	21	28	100	74	56	88	70,5	20,02	28	100	72	56	84	1403,5 [‡]	1	0,8551

Puntajes cercanos a 100 se interpretan como mejor percepción de la calidad de vida relacionada con salud y cercanos a 1 como peor.

[‡]U de Mann-Whitney. [§]t de Student. *p≤0,05, **p≤0,01

En relación al componente de salud física en mujeres, se aprecia en las dimensiones de dolor corporal y salud general, los puntajes más bajos. En el componente de salud mental, obtienen puntajes más bajos, la dimensión rol emocional y vitalidad. Ninguna dimensión resultó significativa.

Tabla 26. Dimensiones de la calidad de vida relacionada con salud en los hombres en estudio

Componentes CVRS	Dimensiones CVRS	Hombres Grupo Control n=20						Hombres Grupo Experimental n= 13						Estadígrafo	gl	Valor-p		
		Media	DE	Min.	Máx.	Med	Q1	Q3	Media	DE	Min.	Máx.	Med				Q1	Q3
Componente SF	Función Física	92,67	10	67	100	96,7	90	100	89,23	10,38	70	100	93,33	86,7	96,67	189,5 [‡]	1	0,2346
	Rol Físico	94,38	14	50	100	100	100	100	97,12	5,48	87	100	100	100	100	215 [‡]	1	0,7423
	Dolor Corporal	60	31	10	100	55	40	100	73,08	22,5	30	100	70	60	100	258 [‡]	1	0,1639
	Salud General	75	18	40	100	81,7	57	87	78,21	10,24	60	87	83,33	70	86,67	223 [‡]	1	0,9406
Componente SM	Vitalidad	74,75	21	30	100	77,5	55	95	74,23	18,91	40	100	75	60	90	0,07 [§]	1	0,9432
	Función Social	85,5	18	50	100	100	70	100	99,23	2,77	90	100	100	100	100	274 [‡]	1	0,0163**
	Rol Emocional	49,67	14	20	60	60	40	60	58,97	3,7	47	60	60	60	60	272 [‡]	1	0,0207*
	Salud Mental	78,2	17	36	100	78	68	92	82,46	12,39	64	100	84	72	92	-0,78 [§]	1	0,4435

Puntajes cercanos a 100 se interpretan como mejor percepción de la calidad de vida relacionada con salud y cercanos a 1 como peor.

[‡]U de Mann-Whitney, [§]t de Student. *p≤0,05, **p≤0,01

En lo que compete a los hombres, los puntajes más bajos en las dimensiones que integran el componente de salud física, son dolor corporal y salud general. En el componente de salud mental, obtuvieron los puntajes más bajos el rol emocional y la vitalidad. Solamente función social y rol emocional, presentan significancia estadística.

Tabla 27. Autoeficacia General y Percepción de Apoyo social en las mujeres participantes

Variables	Mujeres Grupo Control n=36						Mujeres Grupo Experimental n= 40						U	gl	Valor-p		
	Media	DE	Mín.	Máx.	Med	Q1	Q3	Media	DE	Med	Mín.	Máx.				Q1	Q3
<i>Autoeficacia General</i>	34,33	5,93	13	40	35,5	30	39	36,03	3,81	37	27	40	34	40	1288	1	0,3027
<i>Percepción de Apoyo Social</i>	36,53	10,11	12	48	37,5	28	47	35,85	9,23	36	16	48	29	44	1438	1	0,5908

*Puntaje escala de autoeficacia 1 a 40, donde un puntaje de 1 indica peor autoeficacia y cercano a 40 mejor autoeficacia.
Puntaje escala de apoyo social 1 a 48, donde un puntaje de 1 indica peor apoyo social y cercano a 48 mejor apoyo social.
*p≤0,05, **p≤0,01*

En relación al puntaje de autoeficacia general en las mujeres, el grupo control obtuvo un promedio de 34,33 (DE 5,93) y el grupo experimental de 36,03 (DE 3,81). En la percepción de apoyo social, el grupo control 36,53 (DE 10,11) y el grupo experimental 35,85 (DE 9,23). En ambas escalas, los resultados no son significativos ni para el grupo control ni para el grupo experimental.

Tabla 28. Autoeficacia General y Percepción de Apoyo social en hombres participantes

Variables	Hombres Grupo Control n=20						Hombres Grupo Experimental n= 13						U	gl	Valor-p		
	Media	DE	Mín.	Máx.	Med	Q1	Q3	Media	DE	Med	Mín.	Máx.				Q1	Q3
<i>Autoeficacia General</i>	36	4,96	24	40	38,5	32	40	37,5	3,07	38	29	40	36	40	226	1	0,8478
<i>Percepción de Apoyo Social</i>	37	9,77	12	48	36	30	48	38,7	8,28	39	18	48	38	42	239,5	1	0,4905

*Puntaje escala de autoeficacia 1 a 40, donde un puntaje de 1 indica peor autoeficacia y cercanos a 40 mejor autoeficacia.
Puntaje escala de apoyo social 1 a 48, donde un puntaje de 1 indica peor apoyo social y cercano a 48 mejor apoyo social.
*p≤0,05, **p≤0,01*

En relación autoeficacia general en los hombres, el grupo control obtuvo un promedio de 36 (DE 4,96) y el grupo experimental de 37,5 (DE 3,07). En la percepción de apoyo social, el grupo control 37 (DE 9,77) y el grupo experimental 38,7 (DE 8,29). En ambas escalas los resultados no alcanzan significancia estadística.

Tabla 29. Indicadores de salud física: Medidas antropométricas mujeres participantes

Medidas Antropométricas	Grupo Control Mujeres n=36						Grupo Experimental Mujeres n=40						Estadígrafo	gl	Valor-p		
	Media	DE	Mín.	Máx.	Med	Q1	Q3	Media	DE	Mín.	Máx.	Med				Q1	Q3
Peso (kg)	65,38	5,71	54,8	76,4	65,8	61	71	67,34	6,43	56	86	66,9	63	69,7	1278 [‡]	1	0,2611
Circunferencia Abdominal (cm)	93,12	6,27	80	105	94	88	98	95,83	5,87	81	107	96	91	100	-1,95 [‡]	74	0,0551
IMC (kg/m ²)	27,6	1,48	24,55	30,78	27,77	26	28,33	28,05	1,45	24,01	30,83	28,27	27,01	28,92	-1,31 [‡]	74	0,1941

[‡]U de Mann-Whitney, [‡]t de Student. *p≤0,05, **p≤0,01

En cuanto a los indicadores de salud física, correspondiente a las medidas antropométricas, en las mujeres se encontró que el peso promedio fue similar en el grupo control (65,38 kg) con respecto al grupo experimental (66,9 kg), en ambos grupos el IMC las clasifica en sobrepeso y una circunferencia abdominal con promedio mayor a 90cm, sin alcanzar significancia estadística.

Tabla 30. Indicadores de salud física: Medidas antropométricas hombres participantes

Medidas Antropométricas	Grupo Control Hombres n=20						Grupo Experimental Hombres n=13						T	gl	Valor-p		
	Media	DE	Mín.	Máx.	Med	Q1	Q3	Media	DE	Mín.	Máx.	Med				Q1	Q3
Peso (kg)	78,27	6,8056	67,1	92,4	78,1	73	81,8	81,5	8,0258	72,4	99	81,9	75,6	86	-1,24	31	0,2230
Circunferencia Abdominal (cm)	96,6	5,4037	87	108	96	92	100	101,54	5,3012	95	112	102	97	103	-2,58	31	0,0147**
IMC (kg/m ²)	27,53	1,7159	24,61	30,779	27,581	26,18	28,52	28,428	1,642	25,86	30,873	28,351	27,22	29,79	-1,5	31	0,1443

*p≤0,05, **p≤0,01

En cuanto a los resultados obtenidos en los indicadores de salud física, correspondiente a las medidas antropométricas de los hombres, se encontró que el peso promedio del grupo control fue 78,26 kg y en el grupo experimental 81,5 kg,

con un IMC que los clasifica en sobrepeso; sin alcanzar significancia estadística. La circunferencia abdominal con promedio en el grupo control de 96,6 cm y en el grupo experimental de 101,5 cm, fue estadísticamente significativa.

Tabla 31. Indicadores de salud física: Presión Arterial en mujeres participantes

Presión Arterial	Grupo Control Mujeres n=36						Grupo Experimental Mujeres n=40						U	gl	Valor-p		
	Media	DE	Mín.	Máx.	Med	Q1	Q3	Media	DE	Mín.	Máx.	Med				Q1	Q3
Sistólica (mmHg)	129,2	15,9	100	170	130	120	140	133,17	11,65	110	160	130	130	140	1250	1	0,1473
Diastólica (mmHg)	89,55	9,47	70	110	90	80	100	91,47	6,89	80	100	90	85	100	1268,5	1	0,2102

* $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$

En cuanto a la presión arterial en las mujeres, se encontró tanto en el grupo control como en el experimental, que el promedio sobrepasó los 129/89 mmHg.

Tabla 32. Indicadores de salud física: Presión Arterial en hombres participantes

Presión Arterial	Grupo Control Hombres n=20						Grupo Experimental Hombres n=13						U	gl	Valor-p		
	Media	DE	Mín.	Máx.	Med	Q1	Q3	Media	DE	Mín.	Máx.	Med				Q1	Q3
Sistólica (mmHg)	135,1	12,46	120	160	133,5	120	140	141,92	17,26	110	170	140	130	160	253,5	1	0,2290
Diastólica (mmHg)	91,75	6,54	80	110	90	90	90	99	12,09	80	120	100	90	110	270	1	0,0602

* $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$

En el caso de los hombres la presión arterial promedio tanto del grupo control como el experimental, fue mayor a 135/91 mmHg.

Tabla 33. Indicadores de salud física: Perfil Lipídico en las mujeres participantes

Perfil Lipídico	Grupo Control Mujeres n=36							Grupo Experimental Mujeres n=40							Estadígrafo	gl	Valor-p
	Media	DE	Mín.	Máx.	Med	Q1	Q3	Media	DE	Mín.	Máx.	Med	Q1	Q3			
Col-Total (mg/dL)	178,2	39,7	116	269	172,5	146	195	201,05	34,03	136	280	201,5	173	221	1113 [‡]	1	0,0045**
Col-HDL (mg/dL)	51,77	8,99	37	73	50	44	57	52,5	10,06	39	97	51	46	54	1370 [‡]	1	0,8676
Col-LDL (mg/dL)	105,3	33,2	57,2	179,6	96,7	77	122	123,36	29,51	65,8	175,2	122,2	100	148,8	1148 [‡]	1	0,0133**
Triglicéridos (mg/dL)	105,7	58,1	44	308	95	63	113	125,95	52,62	49	223	120	90	168	1196 [‡]	1	0,0481*
LDL/HDL	2,03	0,54	1,14	3,09	1,915	1,6	2,47	2,387	0,56	1,28	3,36	2,535	1,9	2,8	-2,72 [‡]	74	0,0082**
CT/HDL	3,47	0,64	2,32	4,8	3,44	2,9	3,93	3,88	0,65	2,6	4,85	4,06	3,32	4,43	1132,5 [‡]	1	0,0084**
Riesgo Coronario a 10 años	2,38	0,83	1	4	2	2	3	2,65	0,8	1	4	2,5	2	3	1256 [‡]	1	0,1382

*U de Mann-Whitney, [‡]t de Student. *p≤0,05, **p≤0,01

La tabla 33, muestra los indicadores del perfil lipídico de las mujeres en estudio, donde se observa que los niveles de colesterol total para el grupo control son cercanos al rango superior de los parámetros normales (200 mg/dL) y para el grupo experimental exceden los 200 mg/dL, lo cual es significativo. El colesterol LDL se encontró elevado en ambos grupos, superior a los 100 mg/dL.

Tabla 34. Indicadores de salud física: Perfil Lipídico en los hombres participantes

Perfil Lipídico	Grupo Control Hombres n=20							Grupo Experimental Hombres n=13							Estadígrafo	gl	Valor-p
	Media	DE	Mín.	Máx.	Med	Q1	Q3	Media	DE	Mín.	Máx.	Med	Q1	Q3			
Col-Total (mg/dL)	175,7	41,06	106	244	186,5	143	203	190,53	41,32	114	268	198	160	210	-1,01 [‡]	31	0,3195
Col-HDL (mg/dL)	43,3	7,821	31	57	42,5	36	49	43,61	7,33	31	55	42	39	49	-0,12 [‡]	31	0,9084
Col-LDL (mg/dL)	107,7	32,28	54,8	154,6	112,6	75,8	137,2	113,52	25,37	61,4	145,6	118,8	97,8	130,8	-0,55 [‡]	31	0,5867
Triglicéridos (mg/dL)	123,6	55,61	39	256	107,5	75	141	167	73,16	83	372	137	124	194	278 [‡]	1	0,0357*
LDL/HDL	2,47	0,56	1,57	3,48	2,59	1,78	2,8	2,62	0,53	1,71	3,44	2,59	2,21	3,03	-0,75 [‡]	31	0,4581
CT/HDL	4,06	0,71	2,86	5,1	4,24	3,42	4,6	4,37	0,67	3,17	5,58	4,35	3,96	4,9	-1,23 [‡]	31	0,2292
Riesgo Coronario a 10 años	3,5	1	1	5	4	3	4	4,69	1,93	2	8	4	4	6	270,5 [‡]	16	0,0675

*U de Mann-Whitney, [‡]t de Student. *p≤0,05, **p≤0,01

En lo que respecta al perfil lipídico de los hombres, la tabla 32 indica que los niveles de colesterol total para ambos grupos son cercanos al límite superior de los parámetros normales (200 mg/dL) y el colesterol LDL en niveles superiores a los

100 mg/dL, sin alcanzar significancia estadística. En el caso de los triglicéridos el resultado fue significativo, señalando un promedio mayor en el grupo experimental con respecto al control, sin embargo, ambos resultados se encuentran dentro de los parámetros normales.

4.2 EXPERIMENTO

4.2.1 HOMOLOGACIÓN DE CARACTERÍSTICAS GRUPO CONTROL Y EXPERIMENTAL EN MEDICIÓN PRE-TEST

Las tablas 35 y 36 muestran la homologación que se realizó con la muestra cruda, previo a la intervención. Se utilizó como criterio para la selección de variables el propósito de la intervención, el cual consiste en contribuir a mejorar la calidad de vida relacionada con salud, fortalecer autoeficacia y apoyo social, con el fin de reducir los factores de riesgo cardiovascular. Es por esta razón, que se seleccionaron como variables para la homologación: edad de las/os participantes, las medidas resumen de la calidad de vida relacionada con salud que son el Componente de Salud Física y el Componente de Salud Mental, los puntajes obtenidos en la Escala General de Percepción de Autoeficacia y Apoyo Social, el peso, la presión arterial sistólica y diastólica. Se realizó la homologación con las personas participantes en el estudio para asegurarse que mantenían las condiciones de equivalencia o igualdad de las características entre el grupo control y el grupo experimental, para continuar con el desarrollo de la investigación. Lo mismo se hizo por sexo, 83 mujeres y 37 hombres.

Tabla 35. Homologación de las características de las personas participantes en el estudio

VARIABLE	Grupo Control			Grupo Experimental			Estadígrafo	gl	p-valor
	Media	DE	Med	Media	DE	Med			
Edad (años)	55,8	5,3	56	56,5	6	57	-0,63 ^e	107	0,5281
CSF	78,3	12,8	80	80,8	8,5	81,7	-1,21 ^e	97	0,2276
CSM	69,7	13,9	71	69,8	13,3	72	-0,03 ^e	107	0,9756
Autoeficacia	34,9	5,6	36	36,4	3,7	38	3053 [†]	1	0,3949
Apoyo Social	36,7	9,9	36	36,5	9	36	2877,5 [†]	1	0,8192
Peso (kg)	70	8,7	69,5	70,8	9,2	69	2962,5 [†]	1	0,7733
Presión Sistólica (mmHg)	131,3	15	130	135,3	13,6	130	3151 [†]	1	0,1442
Presión Diastólica (mmHg)	90,3	8,5	90	93,3	9	90	3172,5 [†]	1	0,1087

[†]U de Mann-Whitney, ^et de Student. *p≤0,05, **p≤0,01

Tabla 36. Homologación según sexo de las características de las personas participantes en el estudio

VARIABLE	Media	DE	Med	Media	DE	Med	Estadígrafo	gl	p-valor
Hombre									
Edad (años)	56,7	4,7	56	59,2	3,9	59	-1,63 ^e	31	0,1123
CSF	80,5	14,2	82	84,4	8,2	84,4	-0,9 ^e	31	0,3766
CSM	72	14,5	75	78,7	6,7	79,8	-1,79 ^e	29	0,0844
Autoeficacia	36	5	39	37,5	3,1	38	226 [†]	1	0,8478
Apoyo Social	37	9,8	36	38,7	8,3	39	239,5 [†]	1	0,4905
Peso (kg)	78,3	6,8	78	81,5	8	81,9	247,5 [†]	1	0,3288
Presión Sistólica (mmHg)	135,1	12,5	134	141,9	17,3	140	253,5 [†]	1	0,2229
Presión Diastólica (mmHg)	91,8	6,5	90	99	12,1	100	270 [†]	1	0,0602
Mujer									
Edad (años)	55,3	5,6	56	55,6	6,3	57	-0,2 ^e	74	0,8454
CSF	77,1	12	80	79,7	8,4	79,2	-1,07 ^e	63	0,2878
CSM	68,5	13,6	70	66,9	13,7	68,9	0,49 ^e	74	0,6236
Autoeficacia	34,3	5,9	36	36	3,8	37	1288 [†]	1	0,3027
Apoyo Social	36,5	10,1	38	35,9	9,2	36	1437,5 [†]	1	0,5908
Peso (kg)	65,4	5,7	66	67,3	6,4	66,9	1278 [†]	1	0,2611
Presión Sistólica (mmHg)	129,2	15,9	130	133,2	11,7	130	1250 [†]	1	0,1473
Presión Diastólica (mmHg)	89,6	9,5	90	91,5	6,9	90	1268,5 [†]	1	0,2102

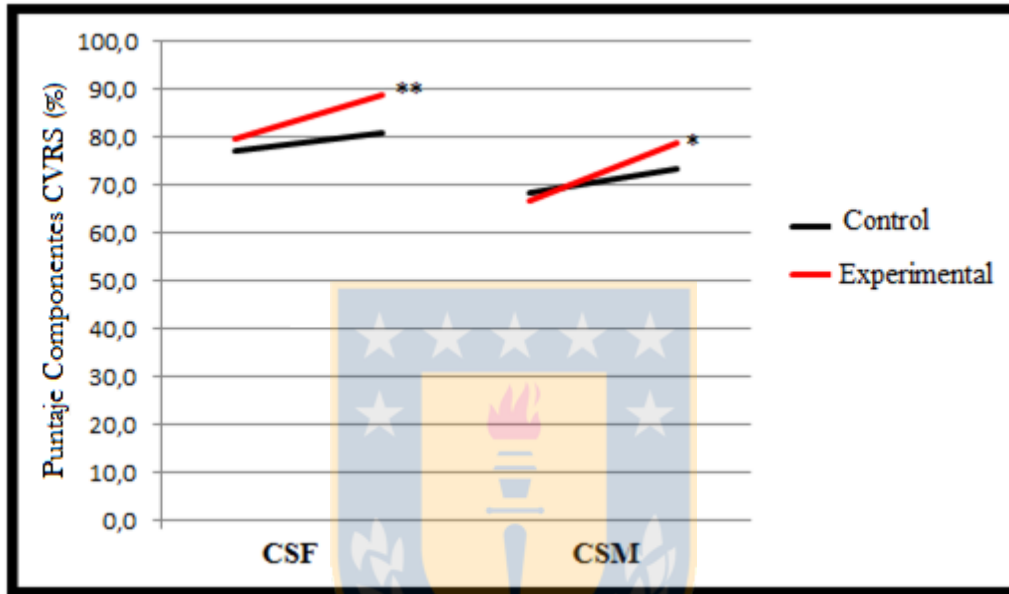
[†]U de Mann-Whitney, ^et de Student. *p≤0,05, **p≤0,01

Se observa en las tablas 35 y 36 leves diferencias en las medias de los puntajes de las variables en ambos grupos (control y experimental), diferencias que no son significativas de acuerdo a la prueba estadística aplicada.

4.2.2 COMPARACIÓN AL INTERIOR DE CADA GRUPO.

A continuación se presenta la comparación de resultados entre pre y pos-test al interior de cada grupo, el control y el experimental, de acuerdo al sexo.

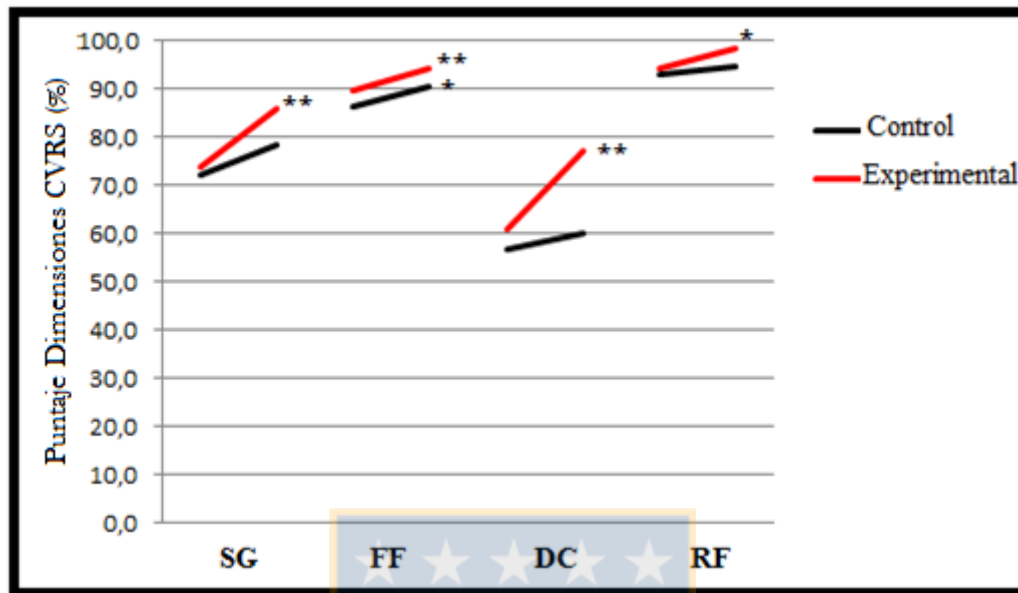
Gráfico 3. Comparación de resultados entre pre y pos-test, de los componentes de la calidad de vida relacionada con salud de las mujeres participantes en el estudio



¥Test de Wilcoxon, £Test t para grupos pareados. CSF: Grupo experimental: 96¥ valor-p: <0,0001. CSM: Grupo experimental: 28,53¥, valor-p: <0,0001. *p≤0,05, **p≤0,010.

Se observa en el gráfico 3, los promedios del pre y pos-test de las medidas resumen de la calidad de vida relacionada con salud en las mujeres participantes en el estudio. El grupo experimental en el componente de salud física, tuvo una diferencia altamente significativa entre el pre-test 79,7 (DE 8,4) y el pos-test 88,9 (DE 7,7). El componente de salud mental tuvo una diferencia significativa en el grupo experimental, en la medición pre-test un 52 (DE 11,9) y en la pos-test un 58,7 (DE 4,1) en el pos-test.

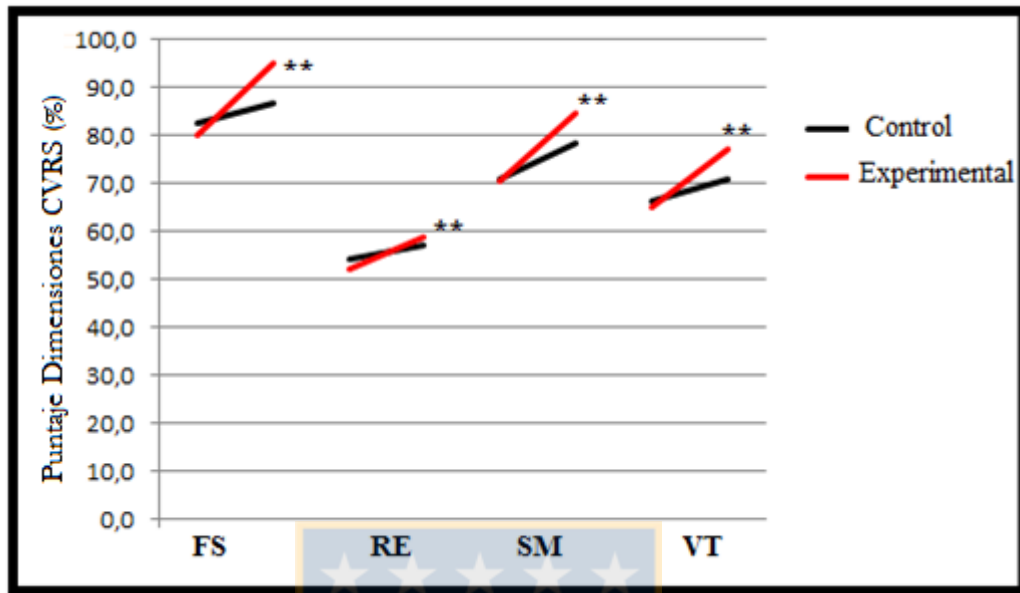
Gráfico 4. Comparación de resultados entre pre y pos-test, de las dimensiones del componente de salud física: salud general (SG), función física (FF), dolor corporal (DC) y rol físico (RF) en las mujeres participantes en el estudio



* $p \leq 0,05$
 ** $p \leq 0,01$

En el gráfico 4 se presentan los promedios del pre y pos-test de las dimensiones del componente de salud física de las mujeres participantes en el estudio, los cuales en su totalidad mostraron diferencias altamente significativas en el grupo experimental. La salud general con promedio de 79,7 (DE 8,4) en pre-test pasó en el pos-test a 88,9 (DE 7,7); el dolor corporal obtuvo en el pre-test un puntaje de 60,8 (DE 19,9) y en el pos-test 77 (DE 19); el rol físico en el pre-test 94,4 (DE 10,6) y en el pos-test 98,4 (DE 8,1) y en función física 89,6 (DE 12,3) pre-test y 94,3 (DE 5,3) pos-test. La diferencia entre los puntajes promedio del pre y pos-test para la dimensión función física también fue significativa en el grupo control.

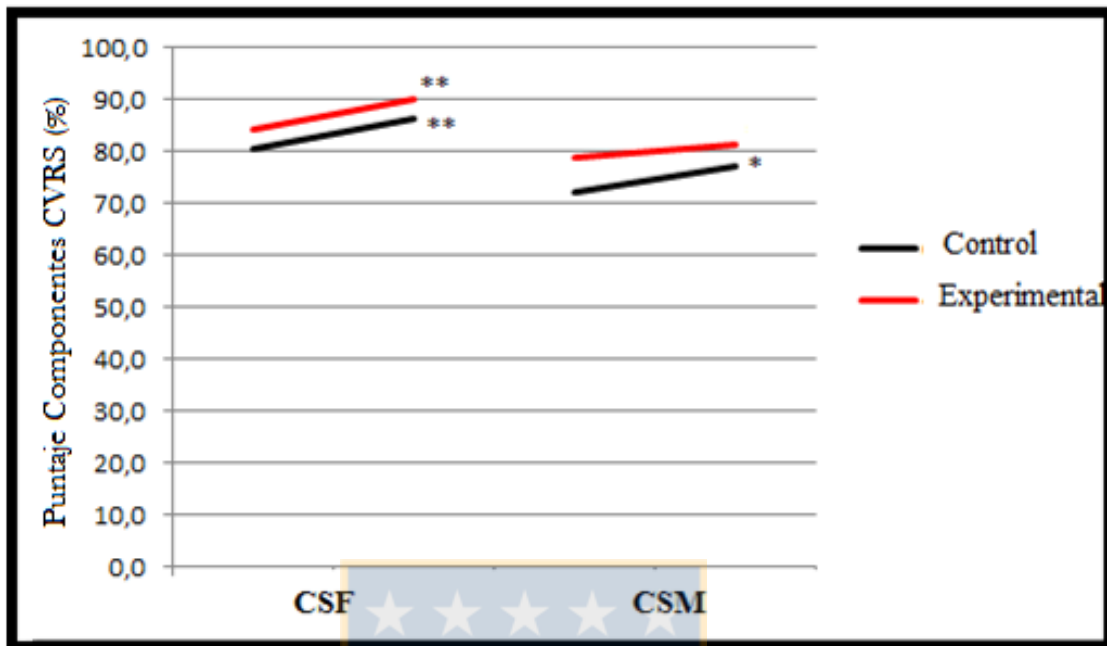
Gráfico 5. Comparación de resultados entre pre y pos-test, de las dimensiones del componente de salud mental: función social (FS), rol emocional (RE), salud mental (SM) y vitalidad (VT) en las mujeres participantes en el estudio



* $p \leq 0,05$
 ** $p \leq 0,01$

En el caso de las mujeres, entre el pre y pos-test del grupo experimental, se presentaron diferencias altamente significativas en los puntajes obtenidos en las dimensiones que integran el componente de salud mental de la calidad de vida relacionada con salud. La función social en pre-test 80,3 (DE 19,3) y en pos-test 95 (DE 9,6); el rol emocional en el pre-test obtuvo 52 (DE 11,9) y en el pos-test 58,7 (DE 4,1); la salud mental en el pre-test 66,9 (DE 13,7) y en el pos-test 78,9 (DE 8) y la vitalidad 65 (DE 15,7) en el pre-test y 77 (DE 13,2) en el pos-test.

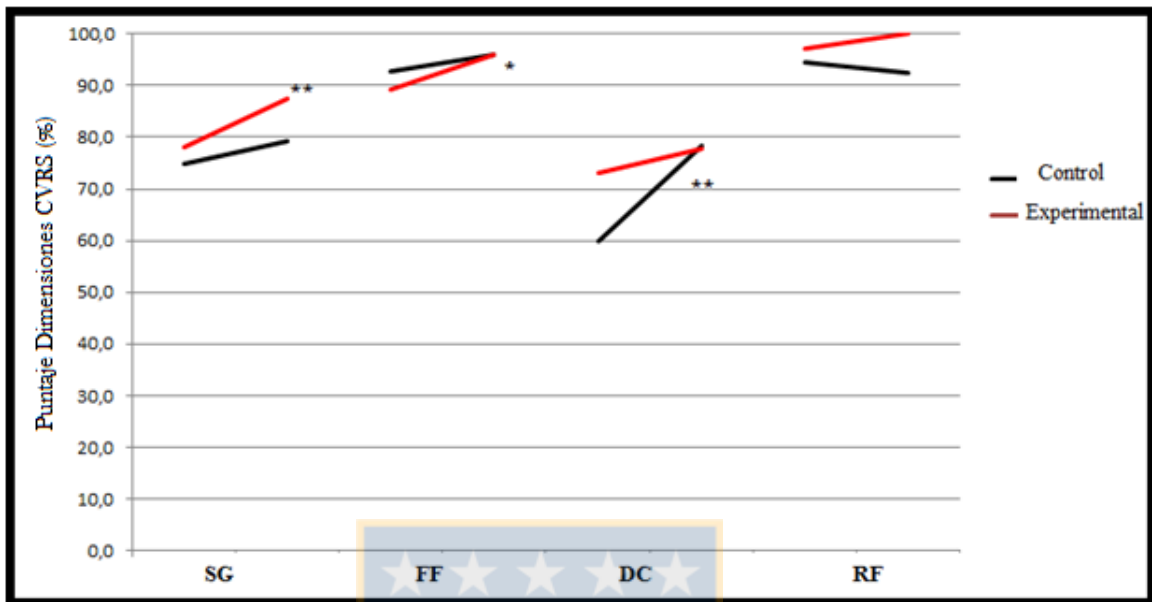
Gráfico 6 Comparación de resultados entre pre y pos-test, de los componentes de la calidad de vida relacionada con salud de los hombres participantes en el estudio



¥Test de Wilcoxon, £Test t para grupos pareados. CSF: Grupo control: -3,40[£]; valor-p: 0,0030 y Grupo experimental: -3,12[£]; valor-p: 0,0089. CSM: 2,11[¥]; valor-p: 0,1625. *p≤0,05, **p≤0,010.

En relación a las medidas resumen del SF-36 en los hombres, el componente de salud física (CSF) tuvo diferencias altamente significativas entre la medición pre y pos-test en ambos grupos; en el grupo control de 80,5 (DE14, 2) en el pre-test, pasó en el pos-test a 86,5 (DE 12,9), sin embargo en el grupo experimental obtuvo en el pre-test un 84,4 (DE 8,2) y en el pos-test 90,3 (DE 6,3).

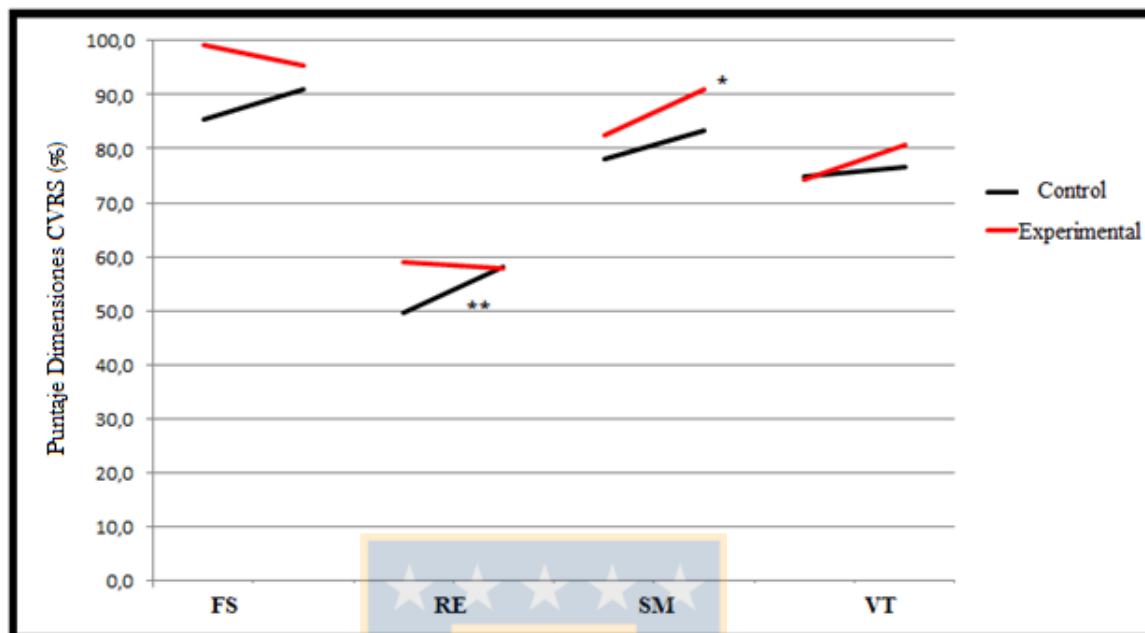
Gráfico 7. Comparación de resultados entre pre y pos-test, de las dimensiones del componente de salud física: salud general (SG), función física (FF), dolor corporal (DC) y rol físico (RF) de los hombres participantes en el estudio



* $p \leq 0,05$
 ** $p \leq 0,01$

En relación a los hombres, se presentó una diferencia altamente significativa en el grupo experimental, en la dimensión salud general, el pre-test fue 78,2 (DE10, 2) y el pos-test 87,4 (DE 8,5). La dimensión función física, tuvo diferencia significativa también en el grupo experimental, el pre-test 89,2 (DE 10,4) y el pos-test 95,9 (DE3,6). En el caso de la dimensión dolor corporal se presentó lo contrario a lo anterior, porque en el grupo control fue donde se presentó la diferencia significativa, pre-test 60 (DE 31,1) y pos-test 78,5 (DE 25,2). En el caso del grupo experimental en esta dimensión, el pos-test fue de 77,7 (DE 18,8).

Gráfico 8. Comparación de resultados entre pre y pos-test, de las dimensiones del componente de salud mental: función social (FS), rol emocional (RE), salud mental (SM) y vitalidad (VT) de los hombres participantes en el estudio



* $p \leq 0,05$
 ** $p \leq 0,01$

En el caso de los hombres, el componente de salud mental, solo tuvo la dimensión de salud mental con una diferencia significativa en el grupo experimental entre la medición pre-test de 82,5 (DE12, 4) y la pos-test de 91,1 (DE 8,2). En el caso de la dimensión rol emocional, la diferencia fue altamente significativa para el grupo control, entre el resultado pre-test 49,7 (DE 14,3) y pos-test 58 (DE4, 4). En esta dimensión de rol emocional, el grupo experimental obtuvo un puntaje pos-test igual al grupo control 58 (DE 4, 2).

Tabla 37. Comparación de resultados entre pre y pos-test, de autoeficacia y apoyo social en las mujeres participantes en el estudio

Mujeres	GRUPO CONTROL						GRUPO EXPERIMENTAL					
	Pre test		Pos test		T	valor-p	Pre test		Pos test		T	valor-p
VARIABLE	Media	DE	Media	DE			Media	DE	Media	DE		
<i>Autoeficacia General</i>	34,3	5,9	36,8	4	-2,82	0,0079**	36	3,8	38,4	2,3	-3,6	0,0009**
<i>Apoyo Social Percibido</i>	36,5	10,1	38,1	10,7	-0,97	0,3405	35,9	9,2	39,7	8,2	-3,57	0,0010**

* $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$

La tabla 37 muestra el promedio que obtuvieron las mujeres en la percepción de autoeficacia del grupo control y del experimental; en el caso del grupo control la medición pre-test fue de 34,3 (DE 5,9) respecto al pos-test de 36,8 (DE 4) y en el grupo experimental el promedio de la medición pre-test fue de 36 (DE 3,8) y la medición pos-test de 38,4 (DE 2,3). En ambos grupos los resultados fueron altamente significativos.

En el caso de la percepción del apoyo social, las mujeres muestran un resultado altamente significativo en el grupo experimental, en el pre-test el promedio es de 35,9 (DE 9,2) y en el pos-test es de 39,7 (DE 8, 2).

Tabla 38. Comparación de resultados entre pre y pos-test, de autoeficacia y apoyo social en los hombres participantes en el estudio

Hombres	GRUPO CONTROL						GRUPO EXPERIMENTAL					
	Pre test		Pos test		Estadígrafo	valor-p	Pre test		Pos test		Estadígrafo	valor-p
VARIABLE	Media	DE	Media	DE			Media	DE	Media	DE		
<i>Autoeficacia General</i>	36	5	37,7	4,2	4,41*	0,0493*	37,54	3,1	39	1,8	-1,46 [£]	0,1711
<i>Apoyo Social Percibido</i>	37	9,8	38,7	7,9	-0,97 [£]	0,3448	38,69	8,3	41,69	6,1	-1,23 [£]	0,2413

¥Test de Wilcoxon, £Test t para grupos pareados. * $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$

En la tabla 38 se observa el promedio que obtuvieron los hombres en la percepción de autoeficacia, en el caso del grupo control la medición pre-test fue de 36 (DE 5,0) y la pos-test de 37,7 (DE 4,2) y en el grupo experimental el promedio pre-test fue 37,5 (DE 3,1) y el pos-test 39 (DE 1,8).

En el caso de la percepción del apoyo social en los hombres, en la medición inicial del grupo control fue de 37 (DE 9,8) y en el pos-test 38,7 (DE 7, 9), en el grupo experimental, en el pre-test el promedio es 38,7 (DE8, 3) y en el pos-test 41,7 (DE 6,1).

Los resultados obtenidos en ambos grupos y en ambas variables no alcanzaron significancia estadística.

Tabla 39. Comparación de resultados entre pre y pos-test, de los indicadores de salud física: medidas antropométricas en las mujeres participantes en el estudio

Mujeres	GRUPO CONTROL						GRUPO EXPERIMENTAL					
	Pre-test		Pos-test		Estadígrafo	valor-p	Pre-test		Pos-test		Estadígrafo	valor-p
VARIABLE	Media	DE	Media	DE			Media D.E.	Media DE	Estadígrafo	valor-p		
Peso (kg)	65,4	5,7	65,3	6,1	1,06 [¥]	0,3101	67,3	6,4	66,4	6,4	20,01 [¥]	0,0001 ^{**}
Circunferencia Abdominal (cm)	93,1	6,3	92,3	6,9	1,14 [£]	0,2605	95,8	5,9	91,5	5,3	166,26 [¥]	0,0001 ^{**}
IMC (kg/m ²)	27,6	1,5	27,6	1,5	0,38 [£]	0,7086	28,1	1,5	27,7	1,7	3,07 [£]	0,0039 ^{**}

¥Test de Wilcoxon, £Test t para grupos pareados. *p≤0,05, **p≤0,01

Referente a las medidas antropométricas en las mujeres participantes en el estudio, se encontraron resultados altamente significativos en el grupo experimental en los indicadores de Peso, Circunferencia Abdominal e Índice de Masa Corporal (IMC).

Tabla 40. Comparación de resultados entre pre y pos-test, de los indicadores de salud física: medidas antropométricas en los hombres participantes en el estudio

Hombres	GRUPO CONTROL						GRUPO EXPERIMENTAL					
	Pre-test		Pos-test		Estadígrafo	valor-p	Pre-test		Pos-test		Estadígrafo	valor-p
VARIABLE	Media	DE	Media	DE			Media DE	Media DE	Estadígrafo	valor-p		
Peso (kg)	78,3	6,8	78,2	8,8	1,88 [¥]	0,1869	81,5	8	80,4	7,8	2,44 [£]	0,0310 [*]
Circunferencia Abdominal (cm)	96,6	5,4	96,8	6,4	0,00 [¥]	>0,9999	101,5	5,3	97	4,4	5,09 [£]	0,0003 ^{**}
IMC (kg/m ²)	27,5	1,7	27,5	2,3	0,14 [£]	0,8884	28,4	1,6	28,1	1,6	2,36 [£]	0,0358 [*]

¥Test de Wilcoxon, £Test t para grupos pareados. *p≤0,05, **p≤0,01

La tabla 40 muestra los promedios obtenidos en las medidas antropométricas en los hombres participantes en el estudio, donde se encontró en el grupo experimental en

los indicadores de Peso, Circunferencia Abdominal e Índice de Masa Corporal (IMC) alta significancia estadística.

Tabla 41. Comparación de resultados entre pre y pos-test, de los indicadores de salud física: presión arterial en las mujeres participantes en el estudio

Mujeres	GRUPO CONTROL						GRUPO EXPERIMENTAL					
	Pre-test		Pos-test		Estadígrafo	valor-p	Pre-test		Pos-test		Estadígrafo	valor-p
VARIABLE	Media	D.E.	Media	DE			Media	D.E.	Media	D.E.		
Presión Sistólica (mmHg)	129,2	15,9	133,4	16	0,71*	0,4057	133	11,7	131,6	11	0,10*	0,7501
Presión Diastólica (mmHg)	89,6	9,5	77,1	11,3	6,90 [£]	<0,0001**	91,5	6,9	78,9	9,7	7,29 [£]	<0,0001**

¥Test de Wilcoxon, £Test t para grupos pareados. *p≤0,05, **p≤0,01

Respecto al indicador bienestar físico presión arterial en las mujeres participantes en el estudio, se encontró que la Presión Diastólica tuvo mejora altamente significativa en ambos grupos.

Tabla 42. Comparación de resultados entre pre y pos-test, de los indicadores de salud física: presión arterial en los hombres participantes en el estudio

Hombres	GRUPO CONTROL						GRUPO EXPERIMENTAL					
	Pre-test		Pos-test		Estadígrafo	valor-p	Pre-test		Pos-test		Estadígrafo	valor-p
VARIABLE	Media	DE	Media	DE			Media	DE	Media	DE		
Presión Sistólica (mmHg)	135	12,5	139,7	14,5	-1,53 [£]	0,1416	141,9	17,3	132,2	10,3	0,68*	0,4273*
Presión Diastólica (mmHg)	91,8	6,5	83,6	9,1	3,56 [£]	0,0021*	99	12,1	81,1	8,7	4,99 [£]	0,0003**

¥Test de Wilcoxon, £Test t para grupos pareados. *p≤0,05, **p≤0,01

En el caso de la presión arterial en los hombres, se obtuvo como resultado para el grupo control una mejora significativa en presión sistólica y una mejora altamente significativa en presión diastólica. El grupo control tuvo mejora significativa en la presión diastólica.

Tabla 43. Comparación de resultados en pre y pos-test, de los indicadores de salud física: perfil lipídico en las mujeres participantes en el estudio

Mujeres	GRUPO CONTROL						GRUPO EXPERIMENTAL					
	Pre-test		Pos-test		Estadígrafo	valor-p	Pre-test		Pos-test		Estadígrafo	valor-p
VARIABLE	Media	D.E.	Media	DE			Media	DE	Media	DE		
Col-Total (mg/dL)	178,2	39,7	176	36,7	0,42 [£]	0,6776	201	34	178,7	37	3,98 [£]	0,0007**
Col-HDL (mg/dL)	51,8	9	52,3	8,7	1,42 [¥]	0,242	52,5	10,1	50,6	11	2,62 [£]	0,0126**
Col-LDL (mg/dL)	105,3	33,2	104,1	31,3	1,82 [¥]	0,1862	123	29,5	103,1	32	7,43 [¥]	0,0096**
Triglicéridos (mg/dL)	105,7	58,1	98,1	42,5	0,80 [£]	0,4279	126	52,6	124,7	57	0,16 [£]	0,8704
LDL/HDL	2	0,6	2	0,5	0,55 [£]	0,585	2,4	0,6	2,1	0,6	3,04 [£]	0,0042**
CT/HDL	3,5	0,6	3,4	0,6	0,91 [£]	0,3686	3,9	0,7	3,5	0,6	3,14 [£]	0,0032**
Riesgo Coronario a 10 años	2,4	0,8	1,6	0,6	5,44 [£]	<0,0001**	2,7	0,8	1,8	0,7	48,41 [¥]	<0,0001**

¥Test de Wilcoxon, £Test t para grupos pareados. *p≤0,05, **p≤0,01

En cuanto al perfil lipídico en las mujeres participantes en el estudio, se encontraron resultados altamente significativos en el grupo experimental en los indicadores: Colesterol Total; Colesterol-HDL; Colesterol-LDL; LDL/HDL, CT/HDL y el Riesgo Coronario a 10 Años.

Tabla 44. Comparación de resultados de los indicadores de salud física: perfil lipídico en los hombres participantes en el estudio

Hombres	GRUPO CONTROL						GRUPO EXPERIMENTAL					
	Pre-test		Pos-test		Estadígrafo	valor-p	Pre-test		Pos-test		Estadígrafo	valor-p
VARIABLE	Media	DE	Media	DE			Media	DE	Media	DE		
Col-Total (mg/dL)	176	41,1	177,1	38,2	0,00 [¥]	>0,9999	190,5	41,3	157,3	35,5	30,25 [¥]	0,0001**
Col-HDL (mg/dL)	43,3	7,8	43,3	7	0,00 [£]	>0,9999	43,6	7,3	41,2	7,3	2,32 [£]	0,0389*
Col-LDL (mg/dL)	108	32,3	109,7	28,3	-0,31 [£]	0,7606	113,5	25,4	87,3	25	3,78 [£]	0,0026**
Triglicéridos (mg/dL)	124	55,6	120,9	52	0,22 [£]	0,8305	167	73,2	144	63,6	1,63 [£]	0,1295
LDL/HDL	2,5	0,6	2,6	0,6	0,05 [¥]	0,8252	2,6	0,5	2,1	0,5	3,96 [£]	0,0019**
CT/HDL	4,1	0,7	4	0,7	0,35 [£]	0,7337	4,4	0,7	3,8	0,6	3,84 [£]	0,0024**
Riesgo Coronario a 10 años	3,5	1	3,2	1,2	1,30 [£]	0,2088	4,7	1,9	3,1	1	2,88 [£]	0,0138*

¥Test de Wilcoxon, £Test t para grupos pareados. *p≤0,05, **p≤0,01

En relación al perfil lipídico en los hombres participantes en el estudio, se encontraron resultados altamente significativos en el grupo experimental en los indicadores de circunferencia abdominal Colesterol Total; Colesterol-LDL; LDL/HDL

y CT/HDL. Se aprecian mejoras significativas en el grupo experimental en los indicadores Colesterol-HDL y Riesgo Coronario a 10 años.

4.2.3 EFECTO DE LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Las tablas que se presentan a continuación, muestran las cifras medias de los indicadores de salud física, las diferencias valoradas para cada grupo en el pre-test y pos-test por sexo. También se refleja el efecto atribuible a la intervención realizada, es decir, las diferencias entre los cambios de la evaluación basal y post-intervención entre el grupo experimental y el grupo control.

Tabla 45. Efecto de la Intervención Innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica en salud cardiovascular, en los grupos control y experimental en la CVRS en las mujeres participantes en el estudio

MUJERES	Grupo Control			Grupo Experimental			Efecto de la Intervención (IC95%)	Estadígrafo	Valor-p
	Pre-test	Pos-test	Diferencia pre y pos-test	Pre-test	Pos-test	Diferencia pre y pos-test			
Componente Salud Física	77,1	81	-3,93	79,7	88,9	-9,2	5,27 (0,16; 10,38)	2,06 [£]	0,0433*
<i>Dolor Corporal</i>	56,9	60,3	-3,34	60,8	77	-16,25	12,92 (2,52; 23,31)	2,48 [£]	0,0155**
<i>Función Física</i>	86,3	90,5	-4,16	89,6	94,3	-4,67	0,5 (-3,01; 4,01)	1439,5 [¥]	0,5739
<i>Rol Físico</i>	93,1	94,8	-1,73	94,4	98,4	-4,06	2,33 (-5,11; 9,77)	1466,5 [¥]	0,3152
<i>Salud General</i>	72	78,5	-6,48	73,9	85,8	-11,83	5,35 (-2,91; 13,61)	1520 [¥]	0,1624
Componente Salud Mental	68,5	73,3	-4,82	66,9	78,9	-11,95	7,14 (1,21; 13,06)	2,40 [£]	0,0189**
<i>Función Social</i>	82,5	86,7	-4,17	80,3	95	-14,75	10,58 (0,96; 20,2)	1582 [¥]	0,0349*
<i>Rol Emocional</i>	54,3	57,2	-2,96	52	58,7	-6,67	3,7 (-1,54; 8,95)	1495,5 [¥]	0,2074
<i>Salud Mental</i>	70,8	78,3	-7,55	70,5	84,9	-14,4	6,84 (-2,27; 15,96)	1,50 [£]	0,1386
<i>Vitalidad</i>	66,4	71	-4,58	65	77	-12	7,42 (0,17; 14,67)*	2,04 [£]	0,0451*

¥Test de Wilcoxon, £Test t para grupos pareados. *p≤0,05, **p≤0,01

En las mujeres participantes en el estudio, la intervención tuvo un efecto significativo entre la medición pre y pos-test del grupo experimental con respecto al grupo control, en las dos medidas resumen de la calidad de vida relacionada con salud: Componente de Salud Física y Componente de Salud Mental, así como también en las dimensiones dolor corporal, función social y vitalidad.

Tabla 46. Efecto de la Intervención Innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica en salud cardiovascular, en los grupos control y experimental en la CVRS en los hombres participantes en el estudio

HOMBRES Variables	Grupo Control			Grupo Experimental			Efecto de la Intervención (IC95%)	Estadígrafo	Valor-p
	Pre-test	Pos-test	Diferencia pre y pos-test	Pre-test	Pos-test	Diferencia pre y pos-test			
Componente Salud Física	80,5	86,5	-6,03	84,4	90,3	-5,85	-0,18 (-5,63; 5,27)	-0,07 [£]	0,9462
<i>Dolor Corporal</i>	60	78,5	-18,5	73,1	77,7	-4,62	-13,88 (-31,96; 4,19)	268 [¥]	0,0735
<i>Función Física</i>	92,7	96	-3,33	89,2	95,9	-6,67	3,33 (-3,35; 10,02)	183 [¥]	0,1531
<i>Rol Físico</i>	94,4	92,5	2,88	97,1	100	-2,88	5,77 (-2,88; 14,42)	189 [¥]	0,0564
<i>Salud General</i>	75	79,2	-4,17	78,2	87,4	-9,23	5,06 (-4,39; 14,51)	1,09 [£]	0,2832
Componente Salud Mental	72	77,3	-5,26	78,7	81,3	-2,57	-2,69 (-8,63; 3,26)	-0,92 [£]	0,3638
<i>Función Social</i>	85,5	91	-5,5	99,2	95,4	3,85	-9,35 (-18,53; -0,16)	264,5 [¥]	0,0791*
<i>Rol Emocional</i>	49,7	58	-8,33	59	58	1,03	-9,36 (-16,68; -2,03)	277,5 [¥]	0,0131**
<i>Salud Mental</i>	78,2	83,4	-5,2	82,5	91,1	-8,62	3,42 (-6,29; 13,12)	0,72 [£]	0,4784
<i>Vitalidad</i>	74,8	76,8	-2	74,2	80,8	-6,54	4,54 (-4,86; 13,94)	0,98 [£]	0,3324

¥Test de Wilcoxon, £Test t para grupos pareados. *p≤0,05, **p≤0,01.

En el caso de los hombres participantes en el estudio, la dimensión rol físico del componente de salud física y la dimensión rol emocional del componente de salud mental de la calidad de vida relacionada con salud presentaron diferencia significativa, entre el pre y pos-test del grupo control y experimental.

Test de Hipótesis

En relación a las hipótesis operacionales 1.1 y 1.2 no se rechazan, debido a que hubo mejoras significativas en el componente de salud físico y de salud mental de la calidad de vida relacionada con salud en las mujeres del grupo experimental con respecto al grupo control.

En lo que refiere a las hipótesis operacionales 1.3 y 1.4 se rechazan, ya que las mejoras en el puntaje tanto en el componente de salud físico como en el de salud mental, en los hombres, no alcanzaron a ser significativas.

Tabla 47. Efecto de la Intervención Innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica en salud cardiovascular, en los grupos control y experimental en Autoeficacia y Apoyo Social en las mujeres participantes en el estudio

¥Test de Wilcoxon, £Test t para grupos pareados. *p≤0,05, **p≤0,01

MUJERES Variables	Grupo Control			Grupo Experimental			Efecto de la Intervención (IC95%)	Estadígrafo	Valor-p
	Pre-test	Pos-test	Diferencia pre y pos-test	Pre-test	Pos-test	Diferencia pre y pos-test			
<i>Autoeficacia General</i>	34,3	36,8	-2,5	36	38,4	-2,37	-0,13 (-2,3; 2,05)	-0,11£	0,9091
<i>Apoyo Social Percibido</i>	36,5	38,1	-1,58	35,9	39,7	-3,8	2,22 (-6,5; 1,9)	1472,5¥	0,366

La tabla 47 muestra que las mujeres del grupo experimental presentaron mayor aumento en los puntajes de autoeficacia general y apoyo social percibido, con respecto al grupo control, sin embargo, este cambio no alcanzó a ser significativo.

Tabla 48. Efecto de la Intervención Innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica en salud cardiovascular, en los grupos control y experimental en Autoeficacia y Apoyo Social en hombres participantes en el estudio

HOMBRES Variables	Grupo Control			Grupo Experimental			Efecto de la Intervención (IC95%)	Estadígrafo	Valor-p
	Pre-test	Pos-test	Diferencia pre y pos-test	Pre-test	Pos-test	Diferencia pre y pos-test			
<i>Autoeficacia General</i>	36	37,7	-1,65	37,5	39	-1,46	-0,19 (-3,18; 2,8)	238¥	0,5227
<i>Apoyo Social Percibido</i>	37	38,7	-1,7	38,7	41,7	-3	1,3 (-4,67; 7,27)	0,44£	0,6602

¥Test de Wilcoxon, £Test t para grupos pareados. *p≤0,05, **p≤0,01

La tabla 48 muestra que los hombres del grupo experimental presentaron mayor aumento en los puntajes de autoeficacia general y apoyo social percibido, con respecto al grupo control, sin embargo, este cambio no alcanzó a ser significativo.

Test de Hipótesis

En lo que concierne a las hipótesis operacionales 3.1.1 y 3.1.2 se rechazan, debido a que no se encontró diferencia significativa entre la magnitud de los cambios del autoeficacia general, en la medición pre-test con respecto al pos-test, tanto en mujeres como en los hombres participantes en el estudio.

Test de Hipótesis

En lo que concierne a las hipótesis operacionales 4.1.1 y 4.1.2 se rechazan, debido a que no se encontró diferencia significativa entre la magnitud de los cambios del apoyo social percibido, en la medición pre-test con respecto al pos-test, tanto en mujeres como en los hombres participantes en el estudio.

Tabla 49. Efecto de la Intervención Innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica en salud cardiovascular, en los grupos control y experimental en el perfil lipídico en mujeres participantes en el estudio

MUJERES Variables	Grupo Control			Grupo Experimental			Efecto de la Intervención (IC95%)	Estadígrafo	Valor-p
	Pre-test	Pos-test	Diferencia pre y pos-test	Pre-test	Pos-test	Diferencia pre y pos-test			
Col-Total (mg/dL)	178,2	176	2,22	201,1	178,7	22,4	-20,18 (-36,42; -3,94)**	-2,48 [£]	0,0156
Col-HDL (mg/dL)	51,8	52,3	-0,5	52,5	50,6	1,93	-2,43 (-4,52; -0,33)*	-2,31 [£]	0,0237
Col-LDL (mg/dL)	105,3	104,1	1,19	123,4	103,1	20,24	-19,05 (-33,48; -4,61)**	-2,63 [£]	0,0104
LDL/HDL	2	2	0,04	126	2,4	2,1	-0,25 (-0,5; 0,00)*	-1,97 [£]	0,0527
Triglicéridos (mg/dL)	105,7	98,1	7,67	126	124,7	1,23	6,44 (-17,47; 30,35)	1384 [¥]	0,9834
TC/HDL	3,5	3,4	0,09	3,9	0,7	0,35	-0,26 (-0,56; 0,03)	1260 [¥]	0,1899
Riesgo Coronario a10 años	2,4	0,8	0,81	2,7	0,8	0,88	-0,07 (-0,49; 0,35)	1361,5 [¥]	0,7848

¥Test de Wilcoxon, £Test t para grupos pareados. *p≤0,05, **p≤0,01

La tabla 49 muestra que las mujeres del grupo experimental presentaron cambios significativos con respecto al grupo control, en los indicadores de salud física: Colesterol Total, Colesterol-HDL, Colesterol-LDL e LDL/HDL, entre las mediciones pre y pos-test.

Tabla 50. Efecto de la Intervención Innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica en salud cardiovascular, en los grupos control y experimental en el perfil lipídico en hombres participantes en el estudio

HOMBRES	Grupo Control			Grupo Experimental			Efecto de la Intervención (IC95%)	Estadígrafo	Valor-p
	Pre-test	Pos-test	Diferencia pre y pos-test	Pre-test	Pos-test	Diferencia pre y pos-test			
Variables									
Col-Total (mg/dL)	175,7	177,1	-1,4	190,5	157,3	33,23**	-34,63 (-59,89; -9,38)**	-2,80 ^z	0,0088
Col-HDL (mg/dL)	43,3	43,3	0	43,6	41,2	2,38*	-2,38 (-5,48; 0,71)	-1,57 ^z	0,1258
Col-LDL (mg/dL)	107,7	109,7	-2,03	113,5	87,3	26,25**	-28,28 (-48,45; -8,11)**	-2,86 ^z	0,0075
LDL/HDL	2,5	2,6	-0,13	2,6	2,1	0,49**	-0,63 (-1,05; -0,21)**	298 ^z	0,0045
Triglicéridos (mg/dL)	123,6	120,9	2,65	167	144	23	-20,35 (-59,02; 18,32)	-1,07 ^z	0,2919
TC/HDL	4,1	4	0,05	4,4	3,8	0,54**	-0,49 (-0,94; -0,04)*	-2,23 ^z	0,033
Riesgo Coronario a10 años	3,5	3,2	0,3	4,7	3,1	1,62*	-1,32 (-2,6; -0,03)*	271,5 ^z	0,0546

≠Test de Wilcoxon, £Test t para grupos pareados. *p≤0,05, **p≤0,01

La tabla 50 muestra que los hombres del grupo experimental presentaron cambios significativos con respecto al grupo control, en los indicadores de salud física: Colesterol Total, Colesterol-LDL, LDL/HDL, TC/HDL y Riesgo Coronario a 10 años, entre las mediciones pre y pos-test.

Test de Hipótesis

Respecto de las hipótesis operacionales 2.1.1, 2.1.2, 2.1.5, 2.1.6 no se rechazan, porque se refleja como efecto atribuible de la intervención realizada en el grupo experimental en mujeres y hombres, mejoras en el colesterol total, y colesterol LDL, con respecto al grupo control; entre la medición pre y pos-test.

En lo que se refiere a las hipótesis operacionales 2.1.3, 2.1.4 se rechazan, ya que no se reflejó aumento en el col-HDL, sin embargo se rescata que como efecto atribuible de la intervención realizada el HDL en el grupo experimental en mujeres y hombres, se mantuvo dentro de los parámetros normales para cada sexo; entre la medición pre y pos-test.

Tabla 51. Efecto de la Intervención Innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica en salud cardiovascular, en los grupos control y experimental en presión arterial en mujeres participantes en el estudio

MUJERES Variables	Grupo Control			Grupo Experimental			Efecto de la Intervención (IC95%)	T	Valor-p
	Pre-test	Pos-test	Diferencia pre y pos-test	Pre-test	Pos-test	Diferencia pre y pos-test			
Presión Sistólica (mmHg)	129,2	133,4	-4,28	133,2	131,6	1,63	-5,9 (-12,16; 0,35)	-1,88	0,0641
Presión Diastólica (mmHg)	89,6	77,1	12,47	91,5	78,9	12,63	-0,15 (-5,14; 4,84)	-0,06	0,9515

* $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$

No se encontró diferencia significativa entre la magnitud de los cambios al comparar la medición pre y pos-test en las mujeres participantes en el estudio, en la presión arterial sistólica y diastólica.

Tabla 52. Efecto de la Intervención Innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica en salud cardiovascular, en los grupos control y experimental en presión arterial en hombres participantes en el estudio

HOMBRES Variables	Grupo Control			Grupo Experimental			Efecto de la Intervención (IC95%)	T	Valor-p
	Pre-test	Pos-test	Diferencia pre y pos-test	Pre-test	Pos-test	Diferencia pre y pos-test			
Presión Sistólica (mmHg)	135,1	139,7	-4,55	141,9	132,2	9,77	-14,32 (-24,78; -3,85)**	-2,79	-0,0089
Presión Diastólica (mmHg)	91,8	83,6	8,20*	99	81,1	17,92	-9,72 (-18,00; -1,44)*	-2,4	0,0228

* $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$

En cuanto a la presión sistólica y diastólica, los hombres del grupo experimental evidenciaron mejoras significativas con respecto al grupo control en éstos indicadores, entre la medición pre y pos-test.

Test de Hipótesis

En lo que compete a las hipótesis operacionales 2.2.1 y 2.2.3 se rechazan, debido a que en las mujeres participantes en el estudio los cambios en la presión arterial sistólica y diastólica no fueron significativos. A diferencia de las hipótesis operacionales 2.2.2 y 2.2.4 que no rechazan, ya que en los hombres del grupo experimental se observaron mejoras significativas con respecto al grupo control en la presión sistólica y diastólica, entre la medición pre y pos-test.

Tabla 53. Efecto de la Intervención Innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica en salud cardiovascular, en los grupos control y experimental en medidas antropométricas en mujeres participantes en el estudio

MUJERES Variables	Grupo Control			Grupo Experimental			Efecto de la Intervención (IC95%)	W	Valor-p
	Pre-test	Pos-test	Diferencia pre y pos-test	Pre-test	Pos-test	Diferencia pre y pos-test			
Peso (kg)	65,4	65,3	0,08	67,3	66,4	0,94	-0,85 (-1,7; -0,01)*	1192	0,0435
Circunferencia Abdominal (cm)	93,1	92,3	0,84	95,8	91,5	4,35	-3,51 (-5,27; -1,75)**	1001,5	0,0001
IMC (kg/m ²)	27,6	27,6	0,05	28,1	27,7	0,38	-0,33 (-0,69; 0,02)	1204	0,0583

* $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$

Se observó en las mujeres del grupo experimental mejoras significativas con respecto al grupo control en los indicadores de salud física: peso y circunferencia abdominal, entre la medición pre y pos-test.

Tabla 54. Efecto de la Intervención Innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica en salud cardiovascular, en los grupos control y experimental en medidas antropométricas en hombres participantes en el estudio

HOMBRES Variables	Grupo Control			Grupo Experimental			Efecto de la Intervención (IC95%)	Estadígrafo	Valor-p
	Pre-test	Pos-test	Diferencia pre y pos-test	Pre-test	Pos-test	Diferencia pre y pos-test			
Peso (kg)	78,3	78,2	0,05	81,5	80,4	1,06*	-1,02 (-2,68; 0,65)	244 [£]	0,3966
Circunferencia Abdominal (cm)	96,6	96,8	-0,23	101,5	97	4,50**	-4,73 (-7,03; -2,42)**	-4,17 [£]	0,0002
IMC (kg/m ²)	27,5	27,5	0,03	28,4	28,1	0,37*	-0,34 (-0,92; 0,25)	243 [£]	0,4176

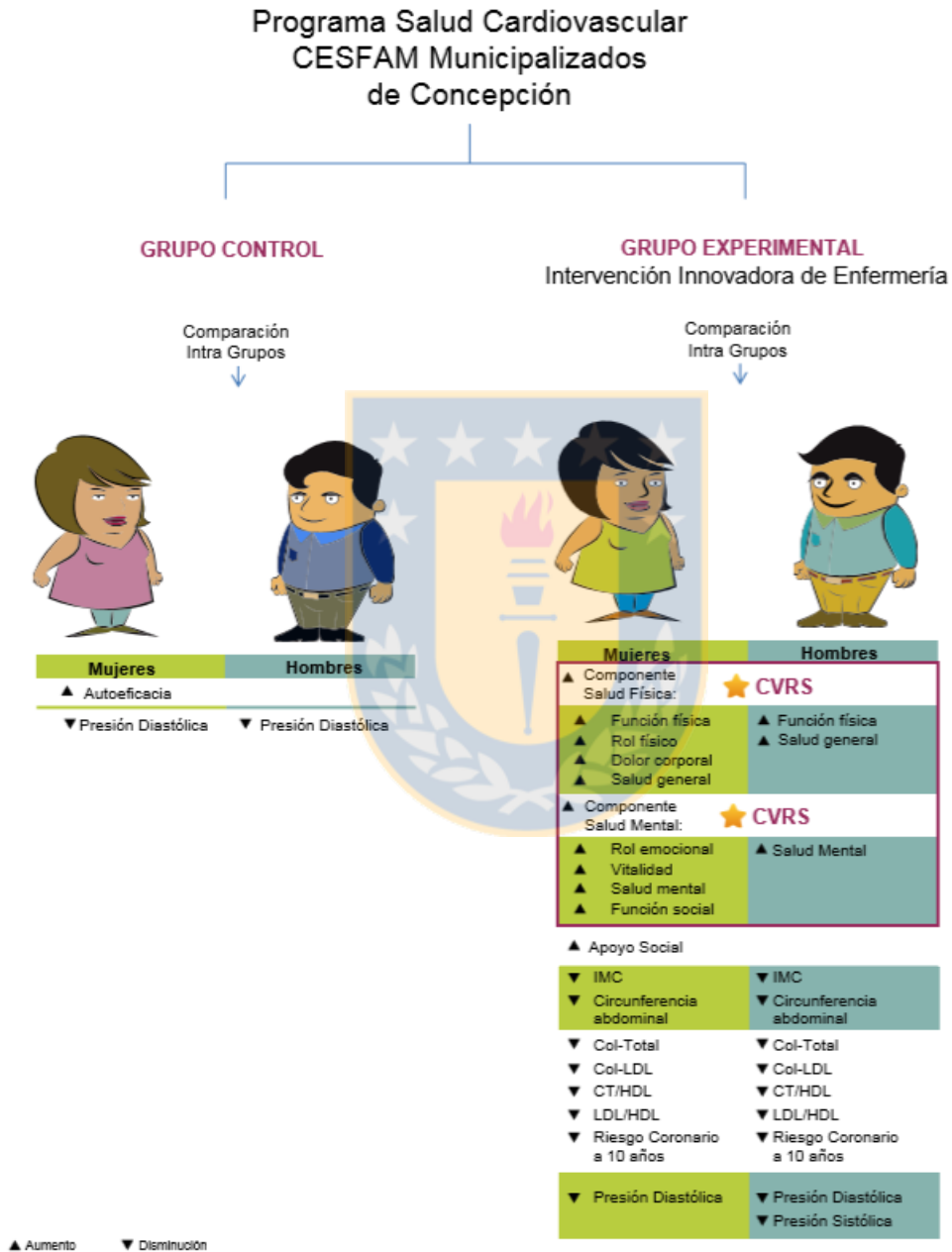
£Test de Wilcoxon, £Test t para grupos pareados. * $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$

Se observó en los hombres del grupo experimental mejora altamente significativa con respecto al grupo control en el indicador físico, circunferencia abdominal, entre la medición pre y pos-test.

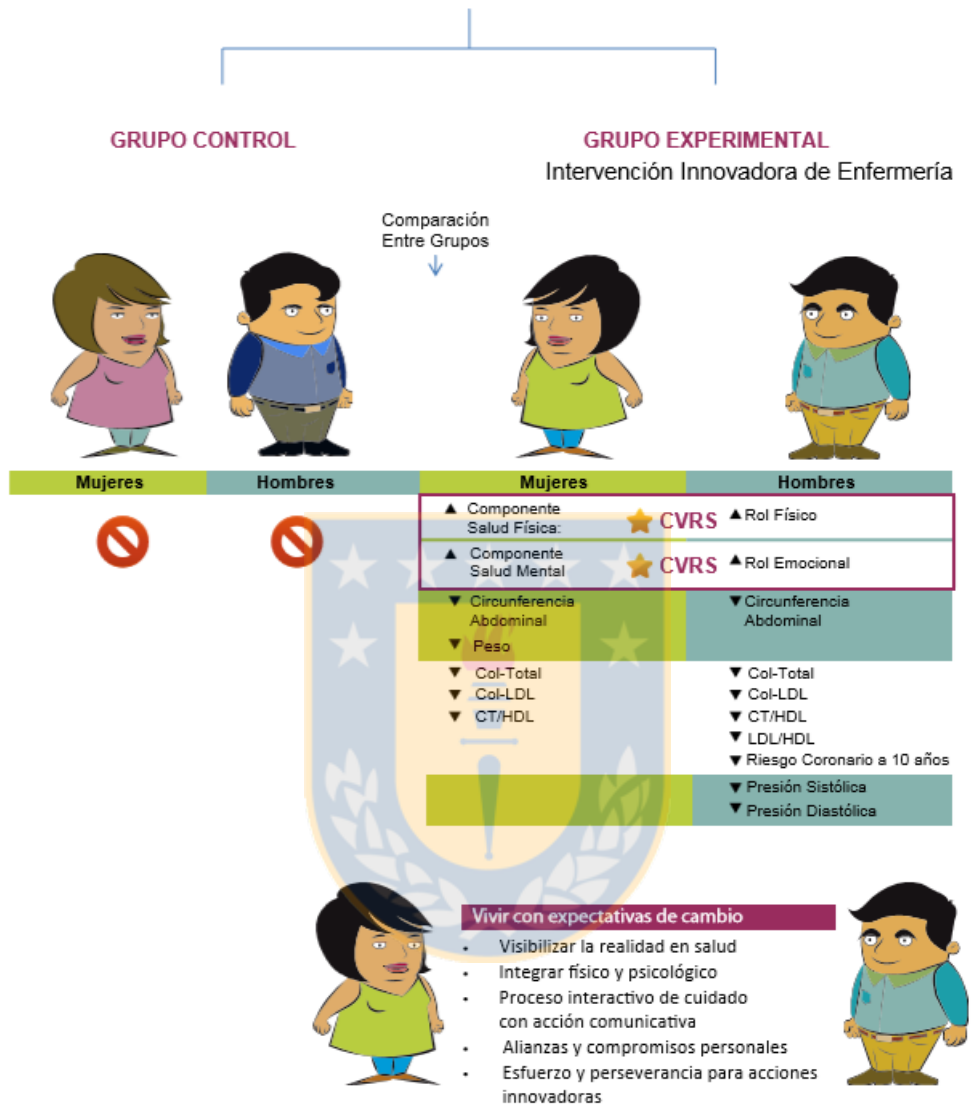
Test de Hipótesis

En lo relativo a las hipótesis operacionales 2.3.1 se rechaza, a pesar de que las mujeres del grupo experimental respecto al grupo control, obtuvieron mejoras significativas en peso y circunferencia abdominal, pero el IMC, aunque tuvo un valor-p muy cercano a $\leq 0,05$, no alcanzó a ser significativo, entre la medición pre y pos-test. En cuanto a la hipótesis operacional 2.3.2 se rechaza, debido a que en los hombres del grupo experimental respecto al grupo control, se obtuvo mejora altamente significativa en la circunferencia abdominal, pero no en el IMC.

4.2.4 RESULTADOS A TRAVÉS DE LAS FIGURAS UTILIZADAS EN EL SOFTWARE DE LA INTERVENCIÓN INNOVADORA: CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA PERSONALIZADA, PRESENCIAL Y TELEFÓNICA EN SALUD CARDIOVASCULAR



Programa Salud Cardiovascular CESFAM Municipalizados de Concepción



▲ Aumento ▼ Disminución

5. RESULTADOS CUALITATIVOS

Este apartado contiene la presentación de los resultados, que dan respuesta al objetivo describir la estructura de la experiencia de vida “vivir con expectativas de cambio” como fenómeno de la calidad de vida relacionada con salud (CVRS), en las personas con factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, niveles alterados de colesterol y sobrepeso), usuarias del programa de salud cardiovascular de los Centros de Salud Municipales de Concepción.

La forma de presentación de los resultados se organiza de la siguiente manera:

- a) Historia de los participantes con nombres ficticios: las historias de los participantes es la transcripción de los diálogos y refleja dos aspectos: primero las expectativas de cambio que cada participante estableció al inicio de la consejería y que motivó su participación en la intervención de Enfermería y segundo la experiencia de vivir con las expectativas de cambio en los meses de intervención.
- b) Esencias del lenguaje y el lenguaje-arte para cada diálogo presentado: Las esencias, son las ideas centrales extraídas de la historia, se escriben primero en el lenguaje del participante y luego se realiza el escrito en el lenguaje de la investigadora, el cual debe tener un nivel de abstracción acorde a la filosofía existencialista de la Teoría *Humanbecoming*. El lenguaje-arte es un enunciado sintético, que expresa estéticamente el significado central de vivir con expectativas de cambio para cada persona participante, según lo conceptualizado por la investigadora.
- c) Resumen de los conceptos básicos, extraídos y sintetizados en el lenguaje-arte de cada diálogo presentado: son las ideas centrales que describen las 14 personas participantes sobre la experiencia de vivir con expectativas de cambio y de donde la investigadora extrae los conceptos principales, para poder construir la conceptualización del lenguaje-arte de la estructura de la experiencia de vivir con expectativas de cambio.

d) La estructura de la experiencia de vivir con expectativas de cambio se traspasa a los principios de la Teoría *Humanbecoming*, por medio de los procesos de interpretación heurística: transposición estructural, integración conceptual y expresión artística. Transposición estructural significa trasladar la estructura a otro nivel de abstracción. Integración conceptual es especificar la estructura en el plano de la teoría. Expresión artística implica reflejar la estructura emergida a través de una experiencia artística elegida por la investigadora.



5.1 EXTRACCIÓN-SÍNTESIS HISTORIAS TRANSCRITAS DE PARTICIPANTES

Historia Melina

Me fijé como expectativas de cambio: sonreír más, irradiar buen ánimo y alegría, empezar a realizar ejercicios, comer menos pan, recuperar el amor propio, sentirme como alguna vez lo fui. Y yo creo que todas se han ido cumpliendo muy bien, muy bien, porque ahora mismo este viaje es un regalo para regalarme, para sentir que no solo trabajo sino que también disfruto.....de todo lo que trabajo también recibo recompensa, como el viaje. Así que yo creo que sí, que mis metas se logaron.

Participar en este programa me ha cambiado la vida, me ha dado la oportunidad de encontrarme conmigo misma y renacer, bueno la verdad yo siempre fui una persona muy alegre, pero hubieron cosas en la vida que me fueron amargando, me fueron apocando, pero el haberme dedicado el tiempo que me dedicaron, que tenían la paciencia de cambiarme el horario de repente cuando estaba complicada yo, y de escucharme y yo sentí que me escuchaban con verdadera atención, no por dejarme hablar, sino porque les interesaba lo que estaba pasando y eso para mí me cambió la vida, me ha permitido renacer, reencontrarme conmigo misma y sentir realmente la alegría de vivir, la alegría de tener una familia hermosa que tengo, un nieto precioso que me adora, y eso para es, imagínate, súper importante, porque ahora lo puedo apreciar, puedo vivirlo realmente, sentir que de verdad tengo cosas importantes que son suficiente para que yo viva bien y me sienta feliz, y antes no lo veía.

Fíjate que yo resumiría el proceso como lo importante que es que la escuchen y poder escuchar porque eso me ayudó, cuando yo sentí que ustedes me escuchaban con atención y que les importaba lo que estaba pasando, yo realmente me compenetré y me interesé en el programa que ustedes tenían, y traté de llevarlo a cabo pero fielmente, o sea con conciencia de que era para mí el beneficio... y lo logré. Entonces ha sido un reconocimiento, no sé, a la buena salud, a la buena atención de salud, que me gustaría siempre tener pero lo que no siempre está....porque a mí me gustaría que en todos lados me atendieran como me atienden ustedes pero, lamentablemente sabemos que la realidad de nuestro país no es así, yo de hecho dejé de ir al consultorio por eso, porque al final era como ir a donde cualquier persona que te entregara los medicamentos y nadie se interesaba por lo que le pasaba a una, de repente ni siquiera me escuchaban.

Esas conductas saludables han influido en mi familia, por ejemplo mi hermano dice que no tengo arrugas [risas], otro me dijo que yo era afortunada porque tenía enfermera particular, porque yo les converso de los buenos consejos que me dieron, lo importante que es ver las etiquetas, los valores que no siempre el precio es lo mejor, sino que los valores de lo que uno quiere realmente cuidarse y comer, o sea comer de calidad no barato o caro sino que

calidad,...y eso no lo sabían po, y otros consejos por ejemplo el programa de relajación que me enseñaron al principio, hasta en España lo practican, mi mamá también porque ella de repente le duelen los brazos que no puede respirar bien y todo, con los ejercicios ha andao mucho mejor, así que si he... podido compartirlo con personas en mi familia.

Esencias: Lenguaje Melina

- Las expectativas de cambio en este proceso de consejerías en salud cardiovascular es sonreír más, irradiar buen ánimo y alegría, empezar a realizar ejercicios, comer menos pan, recuperar el amor propio, sentirse como alguna vez fue.
- Vivir el logro de sus expectativas de cambio le significó un cambio en la vida, una oportunidad de encontrarse consigo misma y renacer, siente realmente la alegría de vivir y valora a su familia. Esas conductas saludables han influido en su familia.
- Destaca la importancia de que la escucharon y que pudo escuchar, la dedicación de tiempo brindada en cada sesión y la paciencia, sintió que al profesional le interesaba lo que estaba pasando.

Esencias: Lenguaje Investigadora

- Reconciliación y alianza consigo misma, lo que permite el surgimiento de la valoración de su vida.
- Experiencia perceptiva de apertura y encuentro.

Lenguaje-Arte para Melina

Vivir con expectativas de cambio es valorar la vida, a partir del encuentro personal, que permite la reconciliación y el establecimiento de alianzas en pro de la salud.

Historia Jacinta

Cuando vine mis expectativas de cambio eran que quería pensar más en mí, en mi salud física y mental, no depender de una llamada para tomarme mis medicamentos sino hacerlo por voluntad propia, aprender a comer sano y saludable, estar bien por mí y para mí y sentirme bien y saber que puedo lograr metas siempre cuando yo lo decida. He cumplido, cumplí con mi objetivo...me pude concentrar y tomarme mis medicamentos sola, por mí misma, hacerme el hábito todos los días, ya no se me hace complicado, sé los horarios y nadie tiene que decirme: *“mira tienes que tomarte los remedios, acuérdate”*...creo que esa etapa ya pasó, se superó completamente.

Mi salud ha mejorado en un 100%, me siento más liviana, más conforme conmigo misma y más feliz y contenta con los resultados que he obtenido.

Este proceso para mí ha significado algo mágico para mí, porque no pensé que hubiera alguien que se interesara en lo que me podía pasar a mí, entonces ver que otras personas se preocupan de uno la hace sentir mejor a uno y apoyada, entonces creo que eso mismo la incentiva a uno para fijarse metas y poderlas lograr.

Mi cambio ha influido en la gente que me rodea, por ejemplo con mi jefa siempre converso y le conté lo que yo estaba pasando, el proceso y todo, y creo que ella también me ha ayudado mucho, en cuanto a la alimentación de repente me dice ya, vamos a servirnos esto pero no tiene muchas calorías mejor dejémoslo para otro día, y así también he aprendido yo a ver las etiquetas y elegir mejor los productos.

La atención acá es más humanitaria, como que se integra más a la persona, en el consultorio es ir a buscar un medicamento y que le pregunten a uno “usted se siente bien, se siente mal” y solo eso.

Esencias: Lenguaje Jacinta

- Las expectativas de cambio en este proceso de consejerías en salud cardiovascular es pensar más en mí, en mi salud física y mental, no depender de una llamada para tomarme mis medicamentos sino hacerlo por voluntad propia, aprender a comer sano y saludable, estar bien por mí y para mí y sentirme bien y saber que puedo lograr metas siempre cuando yo lo decida.
- Vivir con expectativas de cambio ha permitido mejorar en un 100%, me siento más liviana, más conforme conmigo misma y más feliz y contenta con los resultados que he obtenido. El proceso ha significado algo mágico para ella,

porque no pensó que se interesarán en su salud. Eso la incentiva a fijarse metas y poderlas lograr. El cambio ha influido en la gente que la rodea.

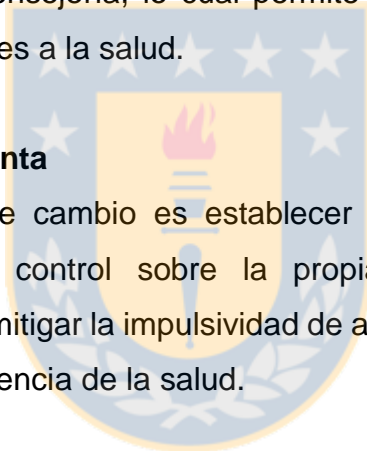
- Destaca la atención humanitaria, que la integra como la persona y le preguntan ¿cómo se siente?

Esencias: Lenguaje Investigadora

- Enseñanza de tener control sobre la propia conciencia, sentimientos y reacciones, mitigando la impulsividad de actuar solo por actuar; donde las situaciones particulares son comprendidas como redes de relaciones necesarias.
- Sincronización de capacidades perceptivas con los estímulos sensibles presentes en la consejería, lo cual permite trascendencia en las acciones cotidianas referentes a la salud.

Lenguaje-Arte para Jacinta

Vivir con expectativas de cambio es establecer redes que contribuyan con el aprendizaje para tener control sobre la propia conciencia, sentimientos y reacciones; con el fin de mitigar la impulsividad de actuar solo por actuar y permitan la trascendencia en la vivencia de la salud.



Historia Isidro

Mi expectativa de cambio es disminuir peso. Estoy contento porque bajé y no me he privado mucho, he disminuido las comidas, si antes eran dos platos, ahora un plato, pero...mantener el training e ir bajando paulatinamente. Bueno, noté el cambio de tomar el hábito de tomar líquido, agua, más fruta, más verdura y menos carne, o sea dejar la grasa, dejar la sal, dejar la azúcar, y ahí he notado el cambio. Positivos los cambios.

Este proceso ha significado mejor salud, más dinamismo, más liviano, mejor ánimo, es verdad, sí.

Esto ha influido en mi familia porque mi señora está también un poquito en sobrepeso y también ha logrado bajar de peso, o sea ha sido para los dos, porque todo yo se lo transmito y también ella se acostumbró al platito, lo que no le he podido es quitar el pan todavía porque eso yo no lo consumo.

Excelente, sí, porque aquí fue más personalizado, como que penetró más, será la relación de aclarar dudas, es más efectivo, más efectivo.

Esencias: Leguaje de Isidro

- Las expectativas de cambio en este proceso de consejerías en salud cardiovascular es disminuir de peso.
- Vivir con expectativas de cambio ha provocado mejor salud, más dinamismo, más liviano, mejor ánimo; transmitido a la familia.
- Influyó en los cambios la relación personalizada, que permitió efectividad en la atención.

Esencias: Lenguaje Investigador

- Adherencia a nuevas prácticas en medio de las inquietudes que puede generar romper con la carga simbólica social y cultural que representa la alimentación y que sirve como forma de expresión.
- Atención estimula realización de esfuerzos y persistencia en actos saludables para vencer la inseguridad y falta de confianza.

Lenguaje-Arte para Isidro

Vivir con expectativas de cambio es esfuerzo y persistencia para adherirse a nuevas prácticas de salud, enfrentando las inquietudes que genera romper con la carga simbólica y social de las prácticas realizadas habitualmente y por medio de las cuales nos expresamos con el mundo que nos rodea.

Historia Luz

Yo al principio me fijé unas expectativas de cambio que eran: poder llegar a equilibrar mi sistema nervioso, mi peso, hacer ejercicios, andar más relajada. Siento que las he ido cumpliendo en lo posible, hartas veces trato de no comer, porque yo comía mucha de repente comida chatarra, los completos, papas fritas con mayo que se yo, esas cosas ya, ahora las hacía pero una vez a lo lejos, no tan seguido,...pero el pan no lo pude sacar (risas), no pude, mi marraqueta con mantequilla, está ahí.

Bueno, me ha ayudado mucho, a sentirme mucho mejor, me siento bien, me veo bien. Los ejercicios que me enseñaron aquí en la consejería, me ayudaron cualquier cantidad para relajarme, sobre todo en las tardecitas cuando llegaba cansadita, me sentaba y hacía mis ejercicios, ahora me siento muy bien... En cuanto al hábito de las comidas también, ir equilibrando, más verduras, frutas, comida sana, no tanta chatarra.

En mi familia me han dicho que me veo bien, que estoy bien, me preguntan: ¿qué hiciste?, ¿qué estás haciendo?

Sería estupendo que este programa estuviera en los consultorios, porque hay mucha gente que lo necesita, demasiada gente, yo me sentí una afortunada cuando me llamaron para participar, parece que me hubiera ganado el Kino o el Loto², ya que no todos lo pueden vivir, es una bonita experiencia. En el consultorio a uno la pesan, le toman la presión, la miden y ni siquiera te preguntan, o de repente te dicen no coma esto y esto, pero no te preguntan ¿cómo te sientes?, ¿qué hiciste? lo único que le dicen es no coma eso, entonces la pregunta que uno hace ¿Y qué puedo comer?-entonces aquí es distinto porque aquí te explican, te enseñan, o sea lo que tienes que hacer y lo que no tienes que hacer, esa es la diferencia que el consultorio bien de repente que uno va que lo atiendan, pero la atención es ahí no más, uno se queda con la duda de repente porque están tan apurados que tienen tanta gente que no contestan las preguntas que uno hace.

² El Kino y el Loto corresponden a un tipo de lotería, es decir, una especie de rifa que se hace con dinero con autorización pública.

Esencias: Leguaje Luz

- Las expectativas de cambio en este proceso de consejerías en salud cardiovascular es poder llegar a equilibrar mi sistema nervioso, mi peso, hacer ejercicios, andar más relajada.
- Vivir con expectativas de cambio le ha ayudado a sentirme mucho mejor, y verse bien. Lo irradia y es notado por los demás.
- Los cambios fueron posibles por la explicación recibida en la atención y poder aclarar sus dudas.

Esencias: Lenguaje Investigador

- Surgen caminos divergentes que aportan auto-confianza y nuevas oportunidades de interacción como ser-en-el-mundo.
- Proceso de apertura y una relación de mutua implicancia que permite el contacto con las experiencias de vida, sentimientos y conocimiento adquirido.

Lenguaje- Arte para Luz

Vivir con expectativas de cambio es un proceso de apertura para transitar por caminos divergentes, con auto-confianza para contactarse con las experiencias de vida, sentimientos y conocimientos adquiridos.

Historia Elaine

Mis expectativas de cambio eran: mejorar mi autoestima, cambio en mi estilo de alimentación, hacer ejercicio apropiado a mi edad y realizar caminata diaria. Las he ido logrando sí, sí, eh, solamente la parte de los ejercicios porque tendría que ir a un gimnasio y eso me complica un poco, pero hecho la caminata, he visto la alimentación, me fijo cuando compro los productos y la parte nutricional, ¿cuánto me va a costar?, ¿cuál es el que me sirve? y voy descartando, y dejando lo mejor para mi salud, he cambiado los hábitos también de alimentación porque antes me gustaba algo e iba y me repetía,...sabiendo que me hacía mal decía, ¡ah, una vez que me va a pasar me sirvo igual! en cambio ahora en eso me he preocupado mucho,...yo diría que de todas las expectativas he cumplido el 98%, solo me falta la parte de ejercicio, ejercicio digamos con apoyo. Yo me he sentido mucho mejor en cuanto a mi salud física, porque mi presión ha bajado, se ha mantenido; como te decía, antes generalmente como dos veces a la semana tenía que verme el médico porque se me subía la presión, porque tenía problemas según yo en el pecho, ahora yo no sé, la verdad yo no me acuerdo, o sea, me siento tan bien que no me acuerdo de la presión, me siento muy bien, mi salud física y emocional, porque la verdad con el apoyo que ustedes me han dado me he sentido feliz: como la reciben, los cambios que ha habido en mí, y además uno está preocupá, de ir a las consejerías, hacer lo que me dicen, la tarea, entonces todo eso la motiva a una realmente a cuidar su salud...eso podría decir.

Como decía, ha significado un cambio para mí, incluso en mi casa lo notan, mi mamá por ejemplo, mi entorno, me notan como diferente, y cuando me preguntan yo digo que estoy yendo a un programa cardiovascular, o sea tengo que decirlo porque sola es difícil que lo pudiera hacer. Antes yo era como más mañosa, más solitaria, usaba ropa mucho más suelta porque obviamente uno tiende a pensar que si se pone ropa bien suelta se va a ver más delgada, y ahora me he dado cuenta que entre ropa más suelta me veo más gorda, entonces trato de que sea algo más término medio-se fija- y además que ya no pienso que estoy como tan gorda para usar cosas así tan sueltas, antes tendía a tener un poco de vergüenza en las tallas, los pantalones siempre eran 48 y ahora tengo 46, incluso he bajado una talla.

Por supuesto, que me gustaría que este programa se diera en los consultorios, si hay tanta gente que lo necesita, es increíble, porque solos lamentablemente no podemos hacerlo, yo soy una persona que jamás lo hubiera podido hacer sola, porque de partida no sabría para dónde ir, si nadie me dice nada, no tengo ningún incentivo, en cambio así con un programa y uno va a sus sesiones, la van controlando, la van apoyando, la van orientando, mucha gente sufre de infartos al corazón por la mala alimentación, por el desconocimiento, por la ignorancia, porque no sabemos, pero cuando nos apoyan y nos dicen lo que nos hace mal, lo que debemos comer, las preferencias de las comidas, la importancia del ejercicio, uno toma

conciencia y cuida su salud, y cuanta gente de los consultorios, yo he visto se dejan estar porque no hay nadie que les diga nada, sería muy bueno ojalá al 100%, sobre todo a las mujeres que son las que tenemos tendencia a la gordura y obesidad, los hombres no es tanto...

Yo lo primero que destaco es la calidez de los profesionales, la calidez porque eso es súper importante cuando uno llega a un lugar, como la reciben, porque entonces a uno le da como una confianza, ustedes pasan a ser así como unos consejeros, o sea nos atienden bien, son muy afables, nos dicen suavemente como debemos hacer las cosas, no nos dicen haga esto, hagan lo otro, porque a veces cuando uno es mayor como que se siente que le digan las cosas, haga esto, haga lo otro, aun sabiéndolo, ustedes lo dicen de una forma tan sutil que yo creo que entra mucho más y así uno toma conciencia, como yo bien decía, yo ando en todas partes contando los pasos con mi instrumento. Segundo, el material también es bonito y también los logros en estos meses, entonces feliz po, o sea, los profesionales excelentes.

Esencias: Lenguaje Elaine

- Las expectativas de cambio en este proceso de consejerías en salud cardiovascular es mejorar la autoestima, cambiar su estilo de alimentación, hacer ejercicio y realizar caminata diaria.
- Vivir con expectativas de cambio ha provocado un cambio evidente para ella y su familia, reflejado en hacer caminata, cambio de hábitos de alimentación, toma de conciencia de los alimentos que ingiere y la cantidad. Control sobre su presión arterial. Ha cambiado su forma de vestir y reducido una talla de pantalón. Solo le falta aumentar más el ejercicio.
- Los cambios fueron posibles por el apoyo profesional con calidez y confianza que recibió en la atención. La asistencia a las sesiones, el hacer tareas y los materiales recibidos en las sesiones la incentivaron a tomar de conciencia y cuidar su salud.

Esencias: Lenguaje Investigadora

- Atrevimiento para realizar acciones innovadoras que provoquen cambio positivo en la salud, a pesar del esfuerzo que produce adoptar nuevas conductas.
- Proceso interactivo del cuidado con una acción comunicativa, donde se elaboran experiencias significativas.

Lenguaje-Arte para Elaine

Vivir con expectativas de cambio es atreverse y esforzarse a realizar acciones innovadoras en la vivencia de la salud, por medio de un proceso interactivo del cuidado.

Historia Marisol

Las expectativas de cambio eran: bajar de peso, recuperar mi memoria y necesito siempre levantarme con muy buen ánimo. Sí, sí, lo he logrado, me levanto con muchas ganas de hacer muchas cosas durante el día, quiero que el día ojalá sea más largo para hacer más cosas, en cambio antes no...yo quería descansar, quería estar acostada, ahora no. En primer lugar yo consideré que para mí fue un apoyo muy importante porque a lo mejor anteriormente nunca lo había tenido, entonces me sentí apoyada y el hecho de que a uno le enseñen como alimentarse, lo que debe y no debe comer, lo que me hace mal, eso fue muy importante porque yo sabía muy poco, entonces eso hace que yo ahora aprenda a seleccionar lo que estoy comiendo, si a mí ofrecen algo a lo mejor lo reciba, por no hacer un desprecio una cosa así, pero lamentablemente digo yo esto no lo tengo que comer, o sea, lo pienso para mí, que eso no es algo que yo debo comer ahora, si antes me lo servían yo me lo comía, ahora no, o sea trato de forma bien oculta, se podría decir, de guardarlo, no me lo como porque sé que me hace mal, sí, entonces cosas así como eso. Aprendí con respecto a las grasas, todos los jugos que uno a veces tomaba bebida, ahora yo ya no sé lo que es tomar una bebida, prefiero tomar agua o hacer un agua de hierbas y mantenerla fría en el refrigerador, pero ya no consumo bebidas que contengan azúcar, si voy a un supermercado me demoro más porque empiezo a seleccionar los alimentos, a leer, cosa que antes nunca hacía...entiende, entonces eso considero que para mí, es algo muy importante,...aprendí algo como para vivir más sana hoy día, si, si yo hubiera querido bajar más de peso, pero no se pudo, pero ya lo voy a conseguir, estoy con esa ilusión de llegar de acuerdo a mi estatura a tener un peso normal, y yo sé que lo voy a conseguir, porque voy a seguir tal cual con el ritmo y a través del aprendizaje

que tuve con ustedes, yo lo pongo en práctica todos los días y a toda hora, es algo como que me quedó grabado y digo “No, esto no”, no me conviene servirme esto.

De todas maneras me gustaría que esto se hiciera en los consultorios, yo por ejemplo no falté ninguna situación acá, nada, yo quería estar siempre acá, en la citación y todo, para mí fue importante, yo consideré que aquí encontré el apoyo que necesitaba. Es que yo considero que los consultorios a uno lo atienden rapidito y así como cosas puntuales, como que no dan a lugar a uno a preguntarle algo más: ¿Qué más puedo hacer, qué debo hacer?, a lo mejor quizás es por falta de tiempo, somos tantos los enfermos que vamos al consultorio que, también sería mucho pedir digo yo, o sea, también entiendo la parte esa, no pueden ellos, a lo mejor tendrán una cantidad de pacientes que atender y ciertas hora, aquí yo sentí que se dedicaron a uno, y uno como que...a mí me cuesta hablar como lo estoy haciendo ahora, siempre me pongo a llorar porque me vienen cosas que tengo guardadas o falta de apoyo, entonces yo a veces prefiero quedarme callada y no hablar,...pero como que aquí me han dejado hablar y llorar (risas), a lo mejor sin criticarme porque, a mí en mi casa si me pongo a llorar, me dicen *“ya te pusiste a llorar”*, una cosas así, eso es fome pa uno, somos tres personas, pero...por ellos uno como mamá y dueña de casa estuviera siempre bien, pero no es posible, no es posible, sobre todo cuando uno tiene enfermedad crónica.

Esencias: Lenguaje Marisol

- Las expectativas de cambio en este proceso de consejerías en salud cardiovascular es bajar de peso, recuperar la memoria y levantarse con muy buen ánimo.
- Vivir con expectativas de cambio ha permitido levantarse con ganas de hacer muchas cosas durante el día; seleccionar los alimentos que va a ingerir con base y poner en práctica todos los días lo aprendido.
- Pudo cumplir sus expectativas porque se sintió apoyada (pudo hablar y llorar sin que la criticaran) y el aprendizaje recibido le permite vivir más sana hoy día.

Esencias: Lenguaje Investigadora

- Ordenamiento en el sentido de la experiencia que genera compromisos concretos consigo misma, a partir de la conciencia perceptiva en su medio.
- Se reconocen las necesidades existenciales en el proceso de atención en relación a la integralidad del cuerpo como sujeto de las vivencias de fenómenos diversos.

Lenguaje-Arte para Marisol

Vivir con expectativas de cambio es reconocer y ordenar las necesidades existenciales en relación a la integridad del cuerpo (unión de lo físico con lo psíquico) para generar compromisos concretos en salud.

Historia Marvin

Cuando vine por primera vez mencioné que mis expectativas de cambio eran: abordar temas que le conciernen en todo lo personal, es decir, lo que tiene que ver con padecer la hipertensión: la alimentación, aumentar la ingesta de vegetales y frutas, evitar bebidas con gas, comer sin exceso de sal y disminuir la ingesta de proteína animal; además de hacer ejercicios de manera moderada. Bueno, en este tiempo continúo con el régimen de mejorar la alimentación, de evitar todo lo que me ha perjudicado, y llevar el régimen que debería haber llevado y ahora lo estoy llevando, de comer cosas más sanas, verduras, legumbres. Las he ido cumpliendo para mi bienestar, mejorar mi salud y sentirme mejor; he cambiado de rumbo, en el sentido de que me siento mucho mejor en el despertar, en el dormir, y con los remedios que estoy tomando.

Mis amistades me han comentado de que me siento más habilidoso, más confiado, con el cambio de vida que he adoptado últimamente, me siento bien.

Efectivamente porque, cuando voy al consultorio simplemente hacen lo que tienen que hacer, atender rápidamente y no tener entrevistas así como las estoy teniendo ahora, y debiera ser un objetivo para ellos que dejaran al paciente con más efectividad, en el sentido de recuperarse más rápido y llevar un sistema de vida más holgado.

Esencias: Lenguaje Marvin

- Las expectativas de cambio en este proceso de consejerías en salud cardiovascular es abordar temas que tienen que ver con padecer la hipertensión: la alimentación y hacer ejercicios de manera moderada.
- Vivir con expectativas de cambio ha implicado bienestar, mejorar la salud y sentirse mejor; se siente mejor en el despertar, en el dormir, y con los remedios que toma. Ha cambiado el rumbo, evita todo lo que lo ha perjudicado. Las amistades lo han notado, demuestra más confianza en sí mismo.
- Destaca la forma en que lo han atendido cómo aspecto clave en la efectividad de su recuperación.

Esencias: Lenguaje Investigadora

- Emergen inquietudes en el pensamiento sobre el estilo de vida que se ha practicado a lo largo del tiempo, frente al surgimiento de nuevas alternativas que responden a lo que se desea lograr.
- La consejería reunió los estímulos del entorno y las capacidades perceptivo-motoras, de donde emerge la capacidad trascendental de sincronizarse con las temáticas de interés y de presentar una vivencia significativa.

Lenguaje-Arte para Marvin

Vivir con expectativas de cambio es sincronizarse con los estímulos del entorno y las capacidades perceptivo-motoras para responder a las inquietudes que emergen ante las ante las nuevas alternativas para trascender en la forma de vivir la salud.

Historia Martina

Al principio me fijé unas expectativas: delegar funciones en mi familia, lograr un mejor estado en mi salud, seguir las recomendaciones que sugieren para mejorar mi salud. Y sí, las he logrado sin ninguna duda. La delegación de funciones de a poquito la han ido incorporando los niños, todos, con las personas que yo vivo y con respecto a las sugerencias igual, o sea me preocupo de todas las cosas: cuando van al supermercado, de la parte nutricional al tratar de alimentarme lo mejor, lo más sano que se pueda en relación a lo que hemos conversado, a todas las sugerencias. Me he sentido súper bien, me he sentido cómoda me gusta venir, el hecho que uno esté bien emocionalmente, te ayuda mucho y el hecho que te ayuden en la parte de escucharte...como consejería súper bien, me he sentido muy bien.

Súper motivada, de repente como que te da un poquito de flojerita que se yo, porque te quieres ir a la casa o hacer otra cosa, pero, es que cuando yo decido hacer algo tiene que ser o no ser, o sea cumplir 100%, lo que yo me decido hacer tiene que ser de principio a fin. Este proceso ha significado un apoyo fundamental para la salud física y mental.

Sería fantástico que se diera en los consultorios, el hecho de que la atención es personalizada, la dedicación que le dan al paciente, la armonía con que se atiende al paciente, o sea, es totalmente distinto, de repente en el consultorio... seguro por el hecho de atender más gente, el tiempo que te dan es limitado y te vas con la sensación de que hiciste algo por cumplir, sería fantástico si hubiera un proyecto así en los consultorios, que pudieran habilitarlo.

Esencias: Lenguaje Martina

- Las expectativas de cambio en este proceso de consejerías en salud cardiovascular es delegar funciones en la familia, lograr un mejor estado de salud, seguir las recomendaciones sugeridas para mejorar la salud.
- Vivir con expectativas de cambio la ha hecho sentir súper bien, cómoda con el proceso de consejerías, el hecho de que esté bien emocionalmente le ha ayudado mucho. Ha vencido la “flojerita” que pueda implicar el cambio, porque está motivada: ha logrado cumplir sus expectativas, porque ha delegado funciones de a poco en su hogar y también ha incorporado poco a poco las sugerencias brindadas en las sesiones, sobre todo lo nutricional. Se siente bien emocionalmente.

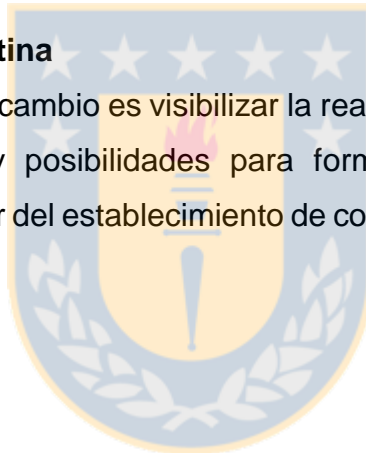
- Este proceso ha significado un apoyo fundamental para su salud física y mental; le gusta asistir a las sesiones porque se siente cómoda, destaca la atención personalizada y la dedicación que se le brinda en la consejería.

Esencias: Lenguaje Investigadora

- Descubrimiento de sus capacidades y posibilidades para formular su experiencia de cómo vivir la salud, enfrentando las barreras personales que se puedan presentar.
- Visibilizar su realidad de salud, le permite establecer fuertes compromisos con ella misma y el proceso, el apoyo en la atención se convierten en incentivo para realizar cambios en el estilo de vida.

Lenguaje-Arte para Martina

Vivir con expectativas de cambio es visibilizar la realidad de la salud, lo cual permite descubrir capacidades y posibilidades para formular la vivencia de la salud, enfrentar barreras, a partir del establecimiento de compromisos y del apoyo recibido.



Historia Jacinto

Mis expectativas de cambio eran: empezar con la práctica del plan de ejercicios, hacer un calendario de alimentación, controlar la presión arterial. Siento que ha habido bastante cambio, en relación a mi hábitat diario, bastante he logrado, no en el 100%, pero sí por decir algo en un 60-70% se ha logrado, que no es menor.

Sí, un cambio por ejemplo es el hábito de comer: yo antes no consumía mucha fruta, ahora estoy consumiendo más fruta, frutos secos y los mismos cereales que tampoco no tenía idea que existían... realmente son buenos, he cambiado hartito el hábito de las grasas, las frituras, yo era bueno pa las sopaipillas, las empanadas fritas, ahora rara vez, ya no consumo tanto eso y menos las fritangas como le decía, ... y bien po, me he sentido mejor, así que, vamos positivo.

En mi familia me preguntan ¿cómo me siento?, esas conductas saludables han afectado de manera positiva a su familia.

Sería bueno, muy muy bueno, que esto uno lo encontrara en los consultorios porque ayudaría a la gente, ayuda a las personas que tienen problemas con este aspecto, así como yo, lo mío es ser hipertenso, ayuda bastante. Por ejemplo en el consultorio, uno va, le preguntan esto ahí y ya, vuelva tal día, no le dan la atención como la dan ustedes aquí, que le preguntan cómo se siente, qué es lo que hace, nada de eso en el consultorio, lo revisan no más y ya, y anotan, ya vuelva en tres meses más, ... poca comunicación que hay de doctor a paciente, debería ser más comunicativo el sistema, bueno no lo hacen porque yo pienso que es más pérdida de tiempo para ellos, o sea, si somos diez que tenemos que pasar con esa doctora, a ella le conviene lo menos posible, más rapidito claro, una cosa así, porque la doctora que está en el consultorio no va a estar todo el día ahí, también tiene su consulta, bueno eso es lo que pasa.

Esencias: Lenguaje de Jacinto

- Las expectativas de cambio en este proceso de consejerías en salud cardiovascular es empezar con la práctica del plan de ejercicios, hacer un calendario de alimentación, controlar la presión arterial.
- Vivir con expectativas de cambio le ha permitido experimentar un cambio significativo, por ejemplo en el hábito alimenticio, se ha sentido mejor, muy positivo para él y ha repercutido en su familia.
- Destaca la comunicación en la atención recibida, que le pregunten cómo se siente.

Esencias: Lenguaje Investigadora

- Diversos esfuerzos que generen energía positiva, donde las acciones en salud no respondan solamente a conductas biológicas necesarias para la supervivencia, sino que se reconozca el cuerpo como condición de posibilidad del conocimiento, que permite establecer una relación de familiaridad con los proyectos que conforman el mundo personal.
- Comunicación como una herramienta esencial del cuidado que proporciona momentos de intercambio, de interés y de preocupación con el otro.

Lenguaje-Arte para Jacinto

Vivir con expectativas de cambio es generar energía positiva a partir de los esfuerzos que se realicen en pro de la salud, respondiendo no solo a las acciones que permiten la supervivencia, sino también a la posibilidad de relacionarnos y conocer con mayor familiaridad los proyectos que conforman el mundo personal.

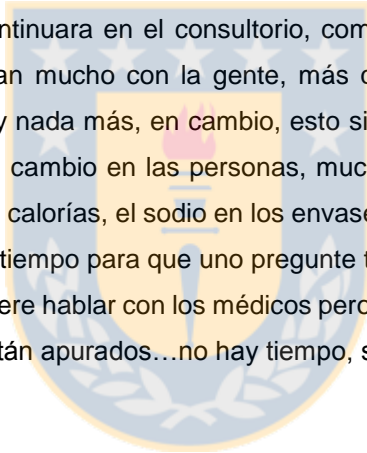


Historia Leda

Mis expectativas de cambio eran: quisiera poner fuerza de voluntad para alimentarme mejor, poder salir siempre con mi familia a caminar, seguir bailando. Siento que he cumplido, sobre todo la parte de alimento, hemos salido a caminar ahora que están más bonitos los días, andar en bicicleta con mis chiquillos, voy a zumba, siempre pongo música en la casa y me pongo a bailar para ir bajando de peso, sí, si la hemos cumplido, yo la he cumplido.

Para mí ha sido una experiencia muy buena y muy bonita porque he conocido gente que realmente se ha preocupado por la salud mía, cosa que en otros lados como el consultorio no se ve, acá aprendí muchas cosas sobre mí en realidad, en mi casa y en mi hogar ha cambiado mucho la forma de alimentarnos también, gracias a esto que estoy acá viniendo a aprender, he disminuido la sal, hemos comido menos cantidad de comida, la comida chatarra se ha ido y, ya no es constante como antes, antes éramos todos de día por medio, todas las semanas comida chatarra. Mi hijo también, ya está acostumbrado a comer ya casi sin sal, y en realidad todos, mi esposo también.

Ojalá este programa continuara en el consultorio, como le decía, uno va al consultorio, los doctores no se socializan mucho con la gente, más que nada uno sabe que va a buscar remedios o controlarse y nada más, en cambio, esto si se implementara en los consultorios, yo creo que habría más cambio en las personas, muchos más cambios, por ejemplo yo no sabía sobre los kilos, las calorías, el sodio en los envases, y acá lo aprendí. Acá por lo menos a uno le dan una hora y tiempo para que uno pregunte todas las dudas que tenga, en cambio en el consultorio uno quiere hablar con los médicos pero uno va a buscar los remedios y mejor sale, porque siempre están apurados...no hay tiempo, si es verdad.



Esencias: Lenguaje Leda

- Las expectativas de cambio en este proceso de consejerías en salud cardiovascular es querer poner fuerza de voluntad para alimentarse mejor, poder salir siempre con su familia a caminar, seguir bailando.
- Vivir con expectativas de cambio ha sido muy bueno y muy bonito porque ha conocido gente que realmente se ha preocupado por su salud, aprendió muchas cosas sobre su realidad. Cambió sobre todo en lo relacionado a la alimentación. Sale a caminar, andar en bicicleta con sus hijos, va a zumba y siempre pone música en la casa y baila. Los cambios han impactado en su hogar.
- Destacó como aspecto clave del proceso el tiempo dedicado para que le despejaran todas sus dudas.

Esencias: Lenguaje Investigadora

- Surge con total afirmación el establecimiento de redes con ella misma y la familia, que le permiten tener control sobre la propia conciencia que se traduce en los actos realizados en pro de la salud.
- La relación clínica representó interacción social y psicológica de los actores, que se tradujo en comprensión de sus situaciones de interés

Lenguaje-Arte para Leda

Vivir con expectativas de cambio es comprender la situación de salud personal para establecer redes de apoyo con el entorno y de este modo ejercer el control sobre una misma para realizar actos concretos en pro de la salud.

Historia Rocío

Yo tenía una única expectativa de cambio: bajar de peso. Yo me siento como más liviana, no sé la balanza que dirá pero, ya no comemos grasas, también evitamos los carbohidratos. Yo me encontraba sedentaria, ahora camino más, yo antes tomaba el taxibus en la esquina y me iba al centro para lo más rápido, y ahora no, camino más rápido no más. Anímicamente yo me siento mejor, en general me ha servido mucho, el mismo hecho de venir y conversar con usted acá, ya para mí es un relajo...me ha cambiado la vida en realidad porque tengo o sea, otra preocupación pero de esparcimiento, para salir, yo quisiera que no terminara nunca esto, además que he aprendido cosas: de la alimentación, de esto de los pasos, no tenía idea yo ni que existía el podómetro. Así que súper bien.

Ha sido súper positivo, porque como le digo, porque además del hecho de salir, tener que venir para acá para mí es un agrado, porque he aprendido cosas que me han mejorado mi salud, principalmente porque camino más, bailo un poco en la casa, cosa que tampoco hacía antes y como más fruta, más verdura, menos carbohidratos. Ahora yo me preparo unas ensaladas grandes que me sirvo,

Me gustaría que se implementara en el consultorio, claro que sí, porque se beneficiaría tanta gente...porque en los consultorios no hay un seguimiento así como el que tenemos acá, ya porque ahí, bueno la citan ya nutricionista, la nutricionista da las pautas pero pasan meses que no hay un control porque, bueno por la escasez de personal, pero acá no, o sea todos los meses, es constante, es diferente, bueno sería. Yo lo cuento, lo comento con otras personas, me dicen *“ohh, la suerte tuya”* de haber venido.

Esencias: Lenguaje Rocío

- Las expectativas de cambio en este proceso de consejerías en salud cardiovascular es bajar de peso.
- Vivir con expectativas de cambio la hace sentir más liviana, cambió hábitos de alimentación, camina más. Anímicamente se siente mejor.
- El asistir a la Consejería ha sido súper positivo, un agrado, porque además de salir ha aprendido cosas que le han mejorado su salud y destaca la continuidad en la atención.

Esencias: Lenguaje Investigadora

- Reasumir la integridad fisiológica y psicológica en un solo engranaje.
- Asombrosa conformidad en el proceso de cambio, donde se dan claras señales de confianza y se establecen compromisos.

Lenguaje-Arte para Rocío

Vivir con expectativas de cambio es reasumir la integridad entre lo fisiológico y lo psicológico, a través del compromiso personal y la conformidad con la vivencia de una nueva forma de practicar la salud.

Historia Marianela

Mis expectativas de cambio eran: disminuir el consumo de pan, bajar de peso, ser constante en los medicamentos. El consumo del pan es como mi vicio, que esa era mi meta, o sea era como el número uno, lo he intentado, pero no he sido muy constante en eso. Lo de los medicamentos todo bien y bajar de peso es como complicado, uno no lo puede sin ejercicio, es como difícil igual, o sea como que eso depende más de uno, encuentro yo que depende más de mí, poner más de mi parte. Sí, pasan cosas, bueno uno siente de que uno no está sola acá, que hay más personas que se interesan por uno, se interesan por su salud, se interesan de que uno esté bien y porque se sienta bien, entonces igual es bien importante este punto porque yo no iba a los consultorios por el asunto de las esperas, que a veces atienden que otras veces no la atienden, entonces esta fue una parte de apoyo importante para mí, por lo menos para mí fue una parte importantísima, lo otro del asunto de los medicamentos que también, que tiene hartito que ver en esto porque si no fuese porque llegué acá tampoco hubiese completado los horarios de mis medicamentos, entonces todo esto ha sido como bien beneficioso, bien importante, al menos yo lo veo así.

Para mí, esto ha sido, como le dijera yo, para mí fue novedoso, lo otro es como que uno le importa más de lo que uno piensa, o sea que más personas se interesan por la salud del resto de la gente, como que uno no anda como pájaro por la vida y que sí hay personas fuera del grupo familiar o de las amistades que se preocupan realmente por uno...entonces para mí eso tiene un valor que, estas cosas no tienen precio, como bien bonito como algo sorpresivo.

Claro que tiene impacto en el grupo social y familiar, porque dicen "pero cómo y por qué, y tú no ibas al consultorio y cómo estás yendo para allá"

Yo creo que una atención así le haría falta a mucha gente, porque yo he sido como bien constante, quise hacerlo lo más correcto posible, porque es beneficio propio, pero de repente

hay puntos que a uno le hacen como desviarse en cuanto a la atención que recibe en el consultorio, uno va de repente y ve una pizarrita que dice, hoy no hay médico, o hoy no atiende nutricionista, o llega o la llaman por teléfono y le dicen: “no no venga hoy día porque pasó esto”, entonces es como poco serio encuentro yo, por eso yo me desligue de los consultorios porque varias veces tuve esas cosas. Entonces si ustedes pudieran estar allí, uno va, llega bien y se devuelve bien, porque entregan buena energía también.

Esencias: Lenguaje Marianela

- Las expectativas de cambio en este proceso de consejerías en salud cardiovascular es disminuir el consumo de pan, bajar de peso, ser constante en los medicamentos.
- Vivir con expectativas de cambio implica ser constante, hacerlo lo más correcto posible. Aunque se enfrentan complicaciones que dependen más de uno mismo. Los cambios han impactado en el grupo social y familiar.
- Siente que no está sola en el proceso, recibe apoyo porque se interesan en ella y su salud y bienestar, por lo que todo ha sido bien beneficioso.

Esencias: Lenguaje Investigadora

- Surgen divergencias, entre las prácticas establecidas durante periodos prolongados de tiempo y nuevas prácticas que propician la integridad entre lo fisiológico y psicológico, que hacen transitar entre la seguridad y la inseguridad.
- Aventurarse con confianza en el proceso de cambio por el establecimiento de alianzas.

Lenguaje-Arte para Marianela

Vivir con expectativas de cambio es establecer alianzas que generen confianza para enfrentar la inseguridad que pueda surgir a partir de las divergencias ante el establecimiento de nuevas prácticas en salud que integran lo fisiológico con lo psicológico.

Historia Estrella

Cuando llegué mis expectativas de cambio eran: reducir de peso, mejorar la alimentación y reducir los dulces. Bueno, espero que reducir de peso se haya logrado, me he pesado, de repente me peso y digo si voy bien, y después digo no me voy a pesar más porque si no me entusiasmo, si me entusiasmo después puedo comer otra cosita y subo... en cuanto a los dulces, sí si como digo me he controlado porque aprendí por ejemplo, que de un paquete de galletas puedo comer tres, entonces trato de comer las tres, o si no me como una, pasa un ratito y vuelvo a la otra, la voy alargando, lo otro era controlar mi peso y mejorar la alimentación, y la alimentación sí tengo que mejorarla, si o si por toda mi familia en el fondo, pero sí yo siempre fui buena para la fruta, la verdura, menos carne, menos, y como digo cuando me casé mis hábitos cambiaron, pero ya me estoy dando cuenta que está quedando más arroz, más tallarines, más papas, porque antes lo que más se consumía, y ahora ya yo miro, y a esta altura del mes ya no me quedaban tallarines ni arroz y, ahí ta todavía, entonces ha bajado la cantidad de eso. Ha pasado bastante durante estos meses, me he sentido más responsable de mi salud, me preocupo de la alimentación, cada vez que voy a hacer un pecadillo, me devuelvo y la pienso (risas), la pienso bastante y me preocupo de cuanto voy pesando, que lo que comí, si me ha influido como digo en la casa también, trato de poner mis normas de a poco, porque no es llegar y ponerlas al tiro.

Ha significado conocerme, sí, conocerme, por ejemplo la autoestima yo la tengo super buena, sí la tengo super buena...en el fondo si yo me comprometo a algo, lo logro o al menos lo trato de cumplir. Soy responsable, me gusta cumplir, si yo me digo que voy a venir, voy a venir, porque yo me quiero mejorar, porque yo quiero mejorar porque quiero vivir muchos años.

Sí, me ha costado con mi familia, por ejemplo mi marido que estaba con esos bajones, le dije el otro día, tení que acompañarme a caminar porque yo sola no puedo salir, ta muy peligroso, así que mi hija me dijo yo te acompaño, pero la que me acompaña es la que está en buen peso, pero vamos, y salimos los tres, caminamos harto, fuimos a barrio norte y volvimos, eso ha influido en los cambios, ya no se come pan allulla ni el francés, sino que se come pan pita, pan integral, galletas de agua.

Yo creo que es importante estas consejerías en los consultorios, porque no toda la gente tiene la oportunidad de participar como lo hice yo, hay mucha gente que le haría falta.

Esencias: Lenguaje Estrella

- Las expectativas de cambio en este proceso de consejerías en salud cardiovascular es reducir de peso, mejorar la alimentación y reducir los dulces.
- Vivir el logro de sus expectativas de cambio le ha significado conocerse, ha permitido que se sienta más responsable de su salud, que se preocupe por su alimentación y que se controle en lo que come, porque aprendió y ha tratado de poner sus normas de a poco en la familia.
- Le gusta cumplir con la asistencia a las consejerías, porque se quiere mejorar y vivir muchos años.

Esencias: Lenguaje Investigadora

- Perseverancia en la búsqueda e implementación de mecanismos que activen la conciencia encarnada y faciliten la toma de decisiones.
- Compromiso con el amor por la vida, se convierte en el motor para continuar.

Lenguaje-Arte para Estrella

Vivir con expectativas de cambio es el compromiso con la vida, que se convierte en motor para buscar e implementar con perseverancia los mecanismos que activan la conciencia para facilitar la toma de decisiones.

Historia Francela

Cuando vine conté que mis expectativas de cambio eran: mejorar más su salud, sentirse relajada, no ser tan acelerada. Yo antes andaba rápido haciendo mis cosas, corría. Ahora las hago más lento, pero las hago, igual me alcanza el tiempo. También me ordené, se cumplieron las expectativas de cambio para mí... uy me emocioné donde me acordé como era antes. Mejoré y todo eso gracias a ustedes, si yo no hubiese llegado aquí habría sido igual. Han pasado cosas grandes para mí, porque he sentido el cambio, porque yo antes como persona no me quería...y ahora sí. Ahora me arreglo más, me cuido más, porque antes yo no hacía eso...estoy feliz por eso, sí, estoy feliz.

Aquí me enseñaron por ejemplo, como le dijera yo, a valorarme a mí misma, me enseñaron a comer, porque antes yo era desordenada, que hacia esto y esto otro y aquí no, porque con las fotitos que me pasaron yo las iba viendo, entonces aprendí a comer más sano, porque antes yo era más frituras, todas esas cosas, más cosas dulces, comía mas chatarra y ahora no po, ahora ya ni siquiera mucha carne tampoco, fritura poco, siempre más verduras. Entonces eso también me ayuda, me ayuda a mantenerme mejor. Para mí fue, una cosa rica para mí, sí, super exquisita.

Ha influido harto en mi familia, porque igual todo lo que aprendo aquí se lo enseñó a ellos también, o sea sobre todo a mi marido. Ahora ellos están celosos de que me arreglo mucho. Sería bueno que estuviera en el consultorio, porque eso conversaba con una señora, que venir aquí, a mí me hizo bien, porque yo iba a consultorio, pero la nutricionista enseña lo mismo pero ella no lo explica bien, ella es todo hablar y hablar, dice una cosa y otra y al final a mí no se me quedaba nada..... y anota y anota, y al final yo le leo en el cuaderno y no le entiendo nada. Aquí no porque van explicando, van pasando fotos, explican bien y me queda claro. Me queda más claro venir acá que ir al consultorio. Si lo hicieran así en el consultorio yo creo que a hartas personas les iría mucho mejor.

Esencias: Lenguaje Francela

- Las expectativas de cambio en este proceso de consejerías en salud cardiovascular es mejorar más su salud, sentirse relajada, no ser tan acelerada.
- Vivir el cumplimiento de las expectativas de cambio, significó sentimiento de orden y mejoría, porque antes como persona no se quería y ahora sí, se arregla y se cuida, lo que la hace estar feliz. Aprendió a valorarse, a comer. Ha influido en su familia porque les transmite lo aprendido.
- Opina que la forma en que le explicaron y el material utilizado hizo que entendiera y le quedara claro.

Esencias: Lenguaje Investigadora

- Armonía y adaptación a las tensiones del entorno, que propician el surgimiento de emprendimientos dirigidos a reasumir la relación establecida con el mundo.
- Experiencia donde emerge un proceso comunicativo de intercambio de conocimiento.

Lenguaje- Arte para Francela

Vivir con expectativas de cambio es emprender acciones para adaptarse lo más armónico posible con las tensiones que surgen en el ambiente, utilizando el proceso comunicativo para intercambiar conocimiento.

Tabla 55. Lenguaje-Arte de Cada Persona Participante

Melina Vivir con expectativas de cambio es valorar la vida, a partir del encuentro personal, que permite la reconciliación y el establecimiento de alianzas en pro de la salud.

Jacinta Vivir con expectativas de cambio es establecer alianzas que contribuyan con el aprendizaje para tener control sobre la propia conciencia, sentimientos y reacciones; con el fin de mitigar la impulsividad de actuar solo por actuar y permitan la trascendencia en la vivencia de la salud.

Isidro Vivir con expectativas de cambio es esfuerzo y persistencia para adherirse a nuevas prácticas de salud, enfrentando las inquietudes que genera romper con la carga simbólica y social de las prácticas realizadas habitualmente y por medio de las cuales nos expresamos con el mundo que nos rodea.

Luz Vivir con expectativas de cambio es un proceso de apertura para transitar por caminos divergentes, con auto-confianza para contactarse con las experiencias de vida, sentimientos y conocimientos adquiridos.

Elaine Vivir con expectativas de cambio es atreverse y esforzarse a realizar acciones innovadoras en la vivencia de la salud, por medio de un proceso interactivo del cuidado.

Marisol

Vivir con expectativas de cambio es reconocer y ordenar las necesidades existenciales en relación a la integridad del cuerpo (unión de lo físico con lo psíquico) para generar compromisos concretos en salud.

Marvin

Vivir con expectativas de cambio es sincronizarse con los estímulos del entorno y las capacidades perceptivo-motoras para responder a las inquietudes que emergen ante las nuevas alternativas para trascender en la forma de vivir la salud.

Martina

Vivir con expectativas de cambio es visibilizar la realidad de la salud, lo cual permite descubrir capacidades y posibilidades para formular la vivencia de la salud, enfrentar barreras, a partir del establecimiento de compromisos y del apoyo recibido.

Jacinto

Vivir con expectativas de cambio es generar energía positiva a partir de los esfuerzos que se realicen en pro de la salud, respondiendo no solo a las acciones que permiten la supervivencia, sino también a la posibilidad de relacionarnos y conocer con mayor familiaridad los proyectos que conforman el mundo personal.

Leda

Vivir con expectativas de cambio es comprender la situación de salud personal para establecer redes de apoyo con el entorno y de este modo ejercer el control sobre una misma para realizar actos concretos en pro de la salud.

Rocío

Vivir con expectativas de cambio es reasumir la integridad entre lo fisiológico y lo psicológico, a través del compromiso personal y la conformidad con la vivencia de una nueva forma de practicar la salud.

Marianela

Vivir con expectativas de cambio es establecer alianzas que generen confianza para enfrentar la inseguridad que pueda surgir a partir de las divergencias ante el establecimiento de nuevas prácticas en salud que integran lo fisiológico con lo psicológico.

Estrella

Vivir con expectativas de cambio es el compromiso con la vida, que se convierte en motor para buscar e implementar con perseverancia los mecanismos que activan la conciencia para facilitar la toma de decisiones.

Francela

Vivir con expectativas de cambio es emprender acciones para adaptarse lo más armónico posible con las tensiones que surgen en el ambiente, utilizando el proceso comunicativo para intercambiar conocimiento.

5.1.1 PRINCIPALES CONCEPTOS

Tres conceptos emergieron del dialogo comprometido y el proceso de extracción-síntesis:

1. Visibilizar la realidad de salud, integrando lo físico y psicológico, a través de un proceso interactivo de cuidado con acción comunicativa. (Tabla 56)
2. Establecimiento de alianzas para generar compromisos personales y enfrentar divergencias. (Tabla 57)
3. Esfuerzo y perseverancia para realizar acciones innovadoras en salud que permitan adaptarse a las condiciones de salud que se van presentando. (Tabla 58)

Tabla 56. Primer Concepto Principal como Evidencia del Lenguaje-Arte

Concepto Principal:	Visibilizar la realidad de salud, integrando lo físico y psicológico, a través de un proceso interactivo de cuidado con acción comunicativa.
Transposición Estructural:	Conexión con la realidad personal para elegir la vivencia de la salud.
Integración Conceptual:	Valoración, Imagen, Permitir-limitar, Conexión-Separación
Melina	Valorar la vida, a partir del encuentro personal...
Jacinta	Tener control sobre la propia conciencia, sentimientos y reacciones; con el fin de mitigar la impulsividad de actuar solo por actuar...
Isidro	Romper con la carga simbólica y social de las prácticas realizadas habitualmente y por medio de las cuales nos expresamos con el mundo que nos rodea.
Luz	Auto-confianza para contactarse con las experiencias de vida, sentimientos y conocimientos adquiridos.
Marisol	Reconocer y ordenar las necesidades existenciales en relación a la integridad del cuerpo....

Marvin	Sincronizarse con los estímulos del entorno y las capacidades perceptivo-motoras para responder a las inquietudes.
Martina	Visibilizar la realidad de la salud... para formular la vivencia de la salud.
Jacinto	Posibilidad de relacionarnos y conocer con mayor familiaridad los proyectos que conforman el mundo personal.
Leda	Comprender la situación de salud personal... realizar actos concretos en pro de la salud.
Rocío	Reasumir la integridad entre lo fisiológico y lo psicológico.
Estrella	Conciencia...
Francela	Proceso comunicativo para intercambiar conocimiento.

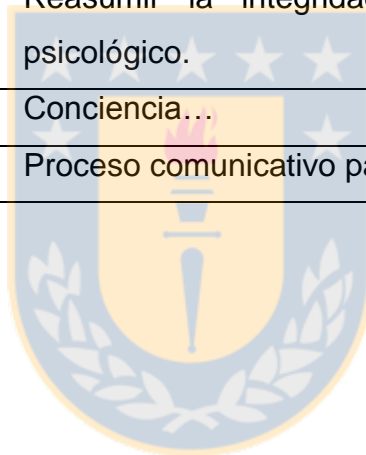


Tabla 57. Segundo Concepto Principal como Evidencia del Lenguaje-Arte

Concepto Principal:	Establecimiento de alianzas para generar compromisos personales y enfrentar divergencias.
Transposición Estructural:	Potenciar la interrelación personal y con el entorno.
Integración Conceptual:	Lenguaje
Melina	Establecimiento de alianzas en pro de la salud...
Jacinta	Establecer alianzas que contribuyan con el aprendizaje...
Isidro	Adherirse a nuevas prácticas de salud, enfrentando las inquietudes...
Luz	Proceso de apertura para transitar por caminos divergentes...
Elaine	Proceso interactivo del cuidado...
Marisol	Generar compromisos concretos en salud...
Martina	Establecimiento de compromisos...
Jacinto	Posibilidad de relacionarnos..
Leda	Establecer redes de apoyo con el entorno y de este modo ejercer el control sobre una misma...
Rocío	Compromiso personal y la conformidad con la vivencia de una nueva forma de practicar la salud.
Marianela	Establecer alianzas que generen confianza para enfrentar la inseguridad que pueda surgir a partir de las divergencias...
Estrella	Compromiso con la vida...

Tabla 58. Tercer Concepto Principal como Evidencia del Lenguaje-Arte

Concepto Principal:	Esfuerzo y perseverancia para realizar acciones innovadoras en salud que permitan adaptarse a las condiciones de salud que se van presentando.
Transposición Estructural:	Areverse a nuevas posibilidades de vivir la salud.
Integración Conceptual:	Poder, Origen
Jacinta	La trascendencia en la vivencia de la salud...
Isidro	Adherirse a nuevas prácticas de salud, enfrentando las inquietudes que genera...
Luz	Proceso de apertura para transitar por caminos divergentes...
Elaine	Areverse y esforzarse a realizar acciones innovadoras en la vivencia de la salud...
Martina	Descubrir capacidades y posibilidades para formular la vivencia de la salud...
Jacinto	Generar energía positiva a partir de los esfuerzos que se realicen en pro de la salud...
Leda	Realizar actos concretos en pro de la salud...
Rocío	Reasumir la integridad entre lo fisiológico y lo psicológico...
Marianela	Establecimiento de nuevas prácticas en salud que integran lo fisiológico con lo psicológico...
Estrella	Motor para buscar e implementar con perseverancia...la toma de decisiones...
Francela	Emprender acciones para adaptarse lo más armónico posible con las tensiones que surgen en el ambiente...

Lenguaje- Arte de la Estructura de Vivir con Expectativas de Cambio

La estructura de la experiencia de vivir con expectativas de cambio es visibilizar la realidad de salud, integrando lo físico y psicológico, a través de un proceso interactivo de cuidado con acción comunicativa, donde se establezcan alianzas que generan compromisos personales que contribuyan a enfrentar las divergencias con esfuerzo y perseverancia, de este modo emprender acciones innovadoras que permitan adaptarse a las condiciones de salud que se van presentando.

5.2 INTERPRETACIÓN HEURÍSTICA

A través de la transposición estructural, la estructura de la experiencia de vivir con expectativas de cambio se planteó de la siguiente manera: vivir con expectativas de cambio es una conexión con la realidad personal para elegir la vivencia de la salud, potenciar la interrelación persona-entorno, con fin de atreverse a nuevas posibilidades de vivir la salud. La estructura fue depurada aún más, al realizar la integración conceptual con la Teoría *Humanbecoming: Vivir con expectativas de cambio* es permitir-limitar, conectar-separar con el valor que se le otorgue a la vivencia de la salud, originando adaptación a la variación en las condiciones que se van presentando en el estado de salud y el poder personal para perseverar en las acciones que se proyectan en una imagen por medio del lenguaje. (Tablas 59 y 60).

Tabla 59. Resumen de la estructura de la experiencia de vivir con expectativas de cambio

<p>Estructura</p>	<p>Vivir con expectativas de cambio es visibilizar la realidad de salud, integrando lo físico y psicológico, a través de un proceso interactivo de cuidado con acción comunicativa, donde se establezcan alianzas que generan compromisos personales que contribuyan a enfrentar las divergencias con esfuerzo y perseverancia, de este modo emprender acciones innovadoras que permitan adaptarse a las condiciones de salud que se van presentando.</p>
<p>Transposición Estructural</p>	<p>Vivir con expectativas de cambio es una conexión con la realidad personal para elegir la vivencia de la salud, potenciar la interrelación persona-entorno, con fin de atreverse a nuevas posibilidades de vivir la salud</p>
<p>Integración Conceptual</p>	<p>Vivir con expectativas de cambio es permitir-limitar, conectar-separar con el valor que se le otorgue a la vivencia de la salud, originando adaptación a la variación en las condiciones que se van presentando en el estado de salud y el poder personal para perseverar en las acciones que se proyectan en una imagen por medio del lenguaje.</p>

Tabla 60: Abstracción Progresiva de los Principales Conceptos de Vivir con Expectativas de Cambio

Concepto Principal	Transposición Estructural	Integración Conceptual
<p>Visibilizar la realidad de salud, integrando lo físico y psicológico, a través de un proceso interactivo de cuidado con acción comunicativa.</p>	<p>Conexión con la realidad personal para elegir la vivencia de la salud.</p>	<p>Valoración Imagen Permitir- limitar Conexión- Separación</p>
<p>Establecimiento de alianzas para generar compromisos personales y enfrentar divergencias</p>	<p>Potenciar la interrelación personal y con el entorno.</p>	<p>Lenguaje</p>
<p>Esfuerzo y perseverancia para realizar acciones innovadoras en salud que permitan adaptarse a las condiciones de salud que se van presentando.</p>	<p>Atreverse a nuevas posibilidades de vivir la salud.</p>	<p>Poder Origen</p>

5.2.1 EXPRESIÓN ARTÍSTICA

La expresión artística es una forma de llegar a conocer las experiencias humanas que surge a través de la ciencia (98-177) y facilitar la comprensión de la experiencia universal de vivir con expectativas de cambio (38). Congruente con lo anterior, se elige representar y resumir la definición de la estructura de vivir con expectativas de cambio hallada en esta investigación, con la marca distintiva de la Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica en Salud Cardiovascular desarrollada en este estudio. (Figura 50).

Figura 51. Expresión artística de la estructura de vivir con expectativas de cambio



Se refleja la estructura de vivir con expectativas de cambio descrita por los/as participantes en el estudio en cada uno de los tres elementos (corazón-logo-línea discontinua) que lo conforman y los seis colores (rojo, negro, verde, amarillo, blanco y azul) que se encuentran en dicha marca. El elemento central es el corazón, el cual representa la integración entre lo físico y lo psicológico en el proceso de consejería de enfermería y el motor que impulsa al usuario/a para emprender cambios y acciones innovadoras en el estilo de vida, con esfuerzo y perseverancia. La capa

que recubre al corazón y hace un doblez, significa el establecimiento de alianzas entre el profesional de enfermería, el/la usuario/a y su familia; los compromisos personales que surgen en el proceso, los cuales permiten al usuario/a re-encontrarse con ellas/os mismas/os para conocer a profundidad su patología crónica, asimilar y adaptarse a los cambios que esto conlleva. El corazón está rodeado de una línea discontinua que simboliza las paradojas que surgieron en la estructura de vivir con expectativas de cambio: permitir-limitar, conectar-separar; ya que son opuestos que se presentan en la vivencia de la salud. El logo colocado en la parte inferior derecha, representa la conexión con la realidad personal para realizar elecciones sobre el estado de salud y la acción comunicativa necesaria para potenciar la relación profesional de enfermería-usuario/a.

En lo que respecta a los colores, se explican de la siguiente manera:

- Verde: las nuevas posibilidades que surgen en el/la usuario/a a partir del proceso interactivo de cuidado para vivir la salud.
- Negro: proceso interactivo de cuidado, en el cual están presentes las paradojas.
- Rojo: el poder personal para preservar en las acciones en salud que se proyectan.
- Amarillo: el conocimiento que requiere el profesional de enfermería para originar un proceso interactivo de cuidado.
- Blanco: la adaptación que realiza el/la usuario/a en su estilo de vida ante la variación en las condiciones que se van presentando en su estado de salud.
- Azul: el apoyo, evidenciado en la escucha y comprensión por parte del profesional de enfermería hacia el/la usuario/a.

6. DISCUSIÓN

En un primer momento, se discuten los resultados del análisis descriptivo de las personas que formaron parte del estudio y participaron en la medición basal, el cual incluye el perfil sociodemográfico y de salud, además de la descripción de las variables dependientes calidad de vida relacionada con salud, autoeficacia, apoyo social e indicadores de salud física.

Posteriormente, se tratan los resultados obtenidos en la Intervención Innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica en Salud Cardiovascular, realizando la comparación al interior de cada grupo (control y experimental) y presentando la efectividad de la intervención. Conjuntamente se detallan los resultados obtenidos en el diálogo comprometido (entrevista semi-estructurada) con las personas que integraron el grupo experimental, sobre la forma en que estructuraron sus expectativas de cambio, así como los registros en el cuaderno de trabajo de acuerdo a las temáticas vistas en las sesiones de la consejería.

6.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO

6.1.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Se observó un predominio del sexo femenino (69,7%) en relación al sexo masculino, en las personas participantes que presentan factores de riesgos cardiovasculares usuarios de los Centros de salud familiar municipalizados de Concepción. Ello es concordante con los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud Chilena 2010, que indica que la prevalencia de presión arterial elevada y dislipidemia, según sexo es mayor en mujeres (7) y que a nivel nacional se controlan un 24,78% de las mujeres hipertensas, frente a un 8,71% de los hombres (178). Este hallazgo, que las mujeres se controlen en mayor porcentaje que los hombres, ha sido abordado en un estudio sobre género, equidad y acceso a los servicios de salud, el cual señala que las mujeres consumen más servicios de salud que los hombres, debido a los distintos tipos de necesidades de atención y a los patrones de socialización diferencial con respecto al reconocimiento de los síntomas, la percepción de la

enfermedad y la conducta de búsqueda de atención; así como los factores estructurales que facilitan u obstruyen diferencialmente el acceso a los servicios de salud (179).

En cuanto a la variable *edad en años cumplidos*, la media correspondió a 56,1 años (DE=5,6), similar al promedio de edad encontrado en una intervención realizada con población hispana, dirigida a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares en población adulta (54.0 DE=13.2) (180). Al categorizar esta variable por rangos, en el presente estudio, se observó mayor porcentaje en el grupo de personas de 55 a 64 años y en segundo lugar de 45 a 54 años, coincidiendo con la encuesta nacional de salud, donde el rango de edad de los 45 a 64 años es donde se presenta el mayor número de personas con hipertensión (7). Se reporta que la prevalencia de enfermedades cardiovasculares aumenta con la edad y que en el caso de las mujeres el perfil de riesgo es mayor que en los hombres (181). Lo cual, es congruente con lo reportado por una investigación española, donde reporta que en el caso de las mujeres, de los 46 a los 55 años es cuando aparece el mayor número de factores de riesgo asociados: aumento de IMC, de colesterol total, del col-LDL, de triglicéridos y glicemia; asimismo encontraron una asociación altamente significativa, entre la presión arterial y la edad, tanto en la prevalencia como en los valores medios de presión arterial sistólica y diastólica (182).

Respecto al *último nivel de escolaridad que cursó y aprobó*, mayoritariamente la enseñanza media tuvo una cifra levemente superior a lo presentado por el grupo de adultos entre 25-64 años, según un estudio de Indicadores de calidad de la educación básica y media en Chile (183). Se reporta una asociación entre nivel de estudios y el riesgo de sufrir un infarto agudo al miocardio, lo cual indica que además de los factores de riesgo clásicos puede haber otros factores relacionados con el nivel de estudios que pueden explicar el exceso de riesgo de las clases más desfavorecidas: estrés familiar, laboral o financiero y otros determinantes sociales de salud, como el ambiente físico y social (seguridad y violencia, soporte y cohesión social o normas sociales). El nivel de estudios, además de aspectos económicos,

refleja el aprendizaje y la adquisición de habilidades en las que se basan las decisiones sobre estilo de vida y actitudes relacionadas con la salud (184); aspecto que debe ser incluido en los programas de salud cardiovascular. En este estudio la mayoría de las personas participantes eran alfabetizadas, aspecto que favoreció la ejecución de las sesiones de consejería de enfermería.

En la variable *estado civil actual*, se encontró que la mitad de la población participante estuvo constituida por personas casadas, al igual que otro estudio colombiano sobre factores de riesgo cardiovasculares en personas adultas, donde predominó los que se encontraban con pareja, en matrimonio y unión libre (185). La media del *número de personas que componen el hogar* fue de 3,4 (DE=1,5) miembros por hogar, estos datos son congruentes con lo aportado por el CENSO Chileno de 2012, el cual revela que la constitución de los hogares chilenos, disminuyó de 3,57 de personas por grupo a 3,28 (186). Respecto del *tipo de familia*, mayoritariamente fue la nuclear, compuesta por pareja e hijos, un tercio correspondió a la familia extendida, donde se incluyen nietos/as, suegros/as, hermanos/as, cuñados o nueras. Como referencia, estudios realizados en Chile reportan que 43% de las familias son nucleares (187). En un estudio realizado en un Centro de Salud de la comuna de Concepción se encontró que 54% de las familias eran nucleares y 34% eran extendidas (188), cifras que correspondieron con la presente investigación. Con relación al *número de hijos* casi la totalidad de las personas participantes refirieron tener hijos. El promedio de hijos que tuvo cada mujer coincidió con lo registrado en el Censo Chileno de 2012, donde el promedio de hijos por mujer para grupo de edad de 50 años o más, es de 3,20 (186). Se evidenció la importancia de incorporar estas variables al estudio, ya que se ha demostrado que las personas hipertensas con bajo apoyo social presentan un incremento en las cifras de presión arterial respecto de las personas con amplias redes de apoyo; por lo tanto, el apoyo social influye en el nivel de salud y un bajo apoyo social se asocia a un incremento en la mortalidad global y cardiovascular (189).

Al analizar la *situación ocupacional actual*, la mitad de las personas se encontraban percibiendo ingresos. El promedio de personas asalariadas en esta investigación coincide con lo descrito a nivel nacional en el Censo Chileno de 2012, donde la tasa de participación económica de la población es de 55,93% (186). Entre la categoría de los ocupados, destacan en el presente estudio los trabajadores independientes con un 36%; cifra muy superior al 20,3% reportado por la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2011 (190). El trabajo independiente en este estudio se refiere principalmente a las ramas de actividad de comercio ambulante, preparación de alimentos caseros, artesanía, peluquería y estética. Cabe mencionar el carácter precario de estos tipos de trabajo, en materia de desigualdad social y nivel de ingresos (191). Respecto de la categoría de trabajador Inactivo, el 28% corresponde en su totalidad a las mujeres dedicadas exclusivamente a los quehaceres del hogar, cifra menor a lo reportado a nivel nacional, donde indica que un 39,9% o más en cada quintil de mujeres entre 18 y 59 años, no participa de la fuerza de trabajo, principalmente porque se dedican a los quehaceres del hogar (190). Con relación al *grupo ocupacional*, se incluyó la categoría dueñas de casa, encontrando un porcentaje importante que desempeñaba exclusivamente esta labor. Ello evidencia que se mantienen los patrones culturales acerca del empleo femenino. En la investigación más del 40% de mujeres, estaban dedicadas al servicio doméstico y a ser dueñas de casa. Esto concuerda con lo señalado por el Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), en cuanto a la brecha de género existente en la zona urbana, donde el trabajo doméstico no remunerado masculino casi no existe (1%) (192). En este punto cabe reflexionar como el trabajo doméstico proporciona pocos o nulos ingresos, lo que contribuye a que la pobreza afecte más a mujeres que a hombres (190), lo que hace que el bienestar económico sea un condicionante importante de la salud de las personas, que afecta mayoritariamente a las mujeres (193). Se señala que una condición desfavorable en la posición socioeconómica puede contribuir al padecimiento de alteraciones psicológicas, como depresión, ansiedad, baja autoestima; alteraciones sociales de familia y/o amigos/as y respuestas

neuroendocrinas e inflamatorias que pueden llevar a la adopción de conductas nocivas para la salud (hábitos alimentarios poco saludables, sobrepeso, tabaquismo, sedentarismo), lo que desencadena la aparición y prevalencia de la hipertensión, los trastornos lipídicos o la diabetes mellitus tipo 2 (194).

6.1.2 PERFIL DE SALUD

Una de las variables correspondiente a características de salud, fue el *Uso de medicamentos de manera permanente*, donde se encontró que casi la totalidad de la muestra consume medicamentos de manera habitual para su enfermedad crónica. La Encuesta CASEN 2011 (195), muestra que 1.473.554 personas adultas chilenas tienen tratamiento médico por causa de la hipertensión en los últimos 12 meses, además indica que hubo un aumento del 27% con respecto al 2009 en este rubro (186). No se encontraron reportes de la cantidad de personas que contaban con tratamiento para la dislipidemia. Como referencia, actualmente, en el Servicio de Salud Concepción se encuentran 14.108 mujeres y 5.766 hombres en control por dislipidemia.

Con respecto a los *medicamentos utilizados*, destacan para la hipertensión los beta bloqueadores y los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA); lo cual coincide con lo reportado por autoras brasileñas, siendo el enalapril uno de los inhibidores de la ECA más citados (196). Para la dislipidemia lo más utilizado es una estatina, tal como lo reportaron estudios recientes, donde el tratamiento farmacológico de la hiperlipidemia en conjunción con los cambios de estilo de vida terapéuticos se utilizó tanto para la prevención primaria como para la secundaria de la enfermedad cardiovascular (197). En cuanto a la dislipidemia, a nivel mundial son millones de personas las que son tratadas con estatinas diariamente con la finalidad de corregir el trastorno del metabolismo del colesterol (hipercolesterolemia) y para prevenir los eventos cardiovasculares adversos asociados (angina/infarto, accidente cerebrovascular, etc.) (198). Se sospecha que en Chile la inclusión de las estatinas en el tratamiento farmacológico de las dislipidemias, se relaciona con una reducción de 3% en las muertes por patología cardiovascular en la población masculina y de 7% en la femenina (198). Sin embargo, es importante considerar la

evidencia respecto al uso de estatinas en mujeres menopáusicas o posmenopáusicas, ya que, se ha encontrado que existe mayor riesgo de sufrir un accidente vascular asociado al uso de atorvastatinas que con el uso de terapia de reemplazo hormonal (199). Otro estudio destaca la necesidad de profundizar el conocimiento acerca de la selección de los fármacos antihipertensivos y sus dosis, según el sexo, ya que este interviene en los mecanismos de acción de los medicamentos; por ejemplo la aspirina es más efectiva en la prevención primaria del infarto de miocardio en los hombres y menos efectiva en mujeres para este propósito (56).

Al momento de la recolección de los datos la mayoría de las mujeres participantes en el estudio había presentado *menopausia*. Un estudio brasileño que trabajó con mujeres con hipertensión también encontró que más de la mitad de las mujeres del estudio eran menopáusicas (196). Se incluyó la variable *menopausia*, ya que existe evidencia respecto a que una de las causas que afecta la salud de las mujeres en el período climatérico es la aparición de enfermedades crónicas que afectan sus expectativas de vida (200). Además, con la menopausia aumenta el riesgo cardiovascular, debido a la desprotección cardíaca por disminución de la carga hormonal (201-202). Por ejemplo, las dislipidemias juegan un rol muy importante en la patogénesis de la enfermedad ateromatosa y la mujer en la post-menopausia pierde la protección cardiovascular de los estrógenos y aumenta su riesgo cardiovascular (203).

La edad promedio de la menopausia en el presente estudio fue de 46,1 años (DE 8,4). Un estudio realizado en 49 centros de salud de 47 ciudades de Latinoamérica reportó que la edad promedio de la menopausia en estas mujeres, es de 48,6 años (204).

Ninguna de las participantes se encontraba con *Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH)*, contrario a lo descrito por otro estudio, donde participaron más de 6.000 entre los 45 y 59 años de edad, de 11 países de Latinoamérica y encontró que solamente el 12.5% utilizaba TRH, 43.7% oral y 17,7% transdérmica; señala como principal razón para la no utilización de la TRH la falta de prescripción médica (205). Estas diferencias pueden ser explicadas por el hecho de que las mujeres participantes en este estudio en su totalidad son beneficiarias del sistema público de salud por lo que no tienen acceso a TRH en forma gratuita, ya que estos medicamentos no pertenece al arsenal farmacológico de los establecimientos municipalizados, por lo que de ser indicada y desear utilizarla deben auto financiarla (47).

Cabe mencionar, respecto de la utilización de TRH, que los resultados de los últimos 10 años de los ensayos clínicos randomizados sobre la asociación de la terapia de reemplazo hormonal con la enfermedad cardiaca coronaria, son consistentes en demostrar que la TRH disminuye el riesgo de sufrir enfermedad cardiaca coronaria y mortalidad general en comparación con las mujeres que no utilizan TRH. Las mujeres que inician la TRH en la perimenopausia o en los 50's y continúan durante 5-30 años más, aumentan hasta 1,5 años de calidad de vida ajustados por años de vida (201).

En otro ámbito, en lo que compete a los hábitos de alimentación, al consultar sobre el consumo habitual del *desayuno, almuerzo y once*³, casi la totalidad de las personas participantes en el estudio realizan estos tres horarios de comida todos los días. En un estudio sobre hábitos de alimentación de chilenos, se reconoce que un 84% de las personas realizan 3 horarios de comida; por ejemplo la frecuencia con el que se toma desayuno es de un 76% todas las mañanas (206). Sin embargo, la *cena* tuvo un resultado contrario, ya que la mayoría no realiza este tiempo de comida; así también lo reflejó la encuesta de hábitos de alimentación en Chile,

³ Costumbre chilena que se realiza entre las 17hrs y 18hrs, pero las personas que trabajan fuera del hogar, la toman entre 19.30hrs-20hrs, consiste en tomar té o café y pan con algún acompañamiento de preferencia, el cual puede ser: mantequilla, palta, mermelada, queso, jamón, entre otras.

donde el 70% de las personas realizan como última comida diaria la once (206). La evidencia indica que lo más recomendable es realizar 3 comidas principales y 2 meriendas ligeras a media mañana y media tarde; es decir, 5 tiempos de comida; sin dejar un espacio no mayor de cuatro horas entre comidas, este tiempo es apto para satisfacer el hambre, el organismo completa la digestión, mantiene estable la glicemia y no se exceda el aporte calórico (207).

La variable *agregar sal extra a las comidas*, evidenció que la mayoría nunca agrega más sal a sus comidas aparte de la utilizada en la cocción, lo que podría interpretarse como una reducción del consumo desde que son diagnosticadas con hipertensión. Sin embargo, se reporta que los chilenos de 15 años en adelante consumen en promedio 9,8 gramos al día; aunque en la VIII Región se sobrepasa el promedio con un consumo mayor a 10 gramos diarios (206), siendo 5 gramos lo recomendado, máxime en personas con alteraciones en sus niveles de presión arterial (208).

El *consumo de líquido al día*, reveló que alrededor de un tercio de las/os participantes en el estudio consumen de 3 a 5 tazas diarias, seguido de otro tercio que consume entre 1 y 2 litros, coincidiendo con los resultados de la encuesta de hábitos de alimentación en Chile, donde el 73% toma líquido con regularidad y el 27% prácticamente nunca (206). No se puede pasar por alto que al preguntar sobre el consumo de líquido, las personas incluyen las bebidas gaseosas, las cuales a nivel nacional son consumidas por el 64% de la población, lo cual significa daño para la salud por su alto contenido en azúcar (206). Concuerda con lo reportado por el estudio de actualización de las guías alimentarias para la población chilena, en cuanto a que Chile registra un consumo de 406 calorías por persona/día derivadas de los azúcares agregados y una de las fuentes de estos azúcares lo ocupan las bebidas endulzadas, ya que Chile es uno de los más altos consumidores a nivel mundial de este tipo de bebidas (209). Para la salud cardiovascular esto tiene una implicancia negativa, ya que los azúcares simples ingeridos a través del consumo

de bebidas endulzadas, son uno de los principales componentes de los alimentos procesados de alta densidad energética, de los que existe evidencia sobre el efecto que causa en el aumento del riesgo de obesidad por el gran aporte calórico y la alteración en la saciedad (209).

Respecto de la variable *frecuencia en el consumo de frutas* la mitad de las personas participantes las consumen diariamente. Con relación a la Frecuencia consumo de verduras, casi la totalidad de personas refieren que las consumen diariamente, considerando verduras el morrón, la cebolla, el apio, cilantro; lo cual indica que el consumo es mínimo y no equivalente a una porción; no concordando exactamente con lo encontrado en el estudio de hábitos de alimentación de chilenos, donde los entrevistados refirieron ingerir mayoritariamente una porción diaria de verduras y otra diaria de frutas (206). La importancia de ingerir la cantidad recomendada de frutas y verduras se asocia con la prevención en la aparición de una enfermedad crónica como lo es la hipertensión (210); además contribuyen en la reducción de la presión arterial sistólica y diastólica de manera similar a como lo hace el tratamiento farmacológico (211).

En lo pertinente a la *frecuencia del consumo de leguminosas*, éstas son consumidas por la mitad de personas 1 vez a la semana. La Encuesta Nacional del Consumo Alimentario en Chile reporta que casi el 100% de la población consume leguminosas (212). El consumo de legumbres es recomendada por el alto contenido de minerales y bajo índice glicémico, lo que contribuye en el control de la glicemia posprandial y el metabolismo lipídico, esto produce aumento de la saciedad y mayor facilidad para controlar la ingesta alimenticia; por tal motivo disminuye el riesgo de las enfermedades cardiovasculares (213).

En lo que se refiere a la *frecuencia del consumo de mayonesa, papas fritas, sopaipillas u otras frituras* se observó que el 61% refiere consumirlo rara vez o nunca, al igual que en el estudio de Hábitos de alimentación de Chilenos (206). Sin embargo, llama la atención éstas respuestas, ya que al realizar la intervención con el grupo experimental, se pudo observar en las diferentes sesiones que las/os usuarias/os manifestaron consumo frecuente de frituras, lo que hace sospechar que las personas otorgan respuestas socialmente aceptadas en este tema y el resultado de la Encuesta Nacional de Consumo Alimentario (212) concuerda con esto, ya que señala que alrededor de un 88% de la población chilena consume alimentos ricos en lípidos.

En cuanto a la frecuencia en el consumo de los diferentes tipos de carnes, se observó poco más de un tercio que *consume habitualmente vacuno* 1 vez a la semana; predominan quienes *consumen pollo/pavo* 2 ó 3 veces por semana. Por su parte, la *Frecuencia consumo de Pescado* que es de 1 vez a la semana, alcanza 43,1%. Cabe destacar que los pescados enlatados son los más consumidos (atún, jurel, entre otros), ya que los precios son más asequibles al usuario/a, sin embargo, cuentan con niveles altos en sodio, por lo que su consumo no es recomendable en este grupo de individuos. A diferencia de lo señalado previamente, la *frecuencia consumo de cerdo, cordero y/o vísceras* fue reportada como rara vez o nunca. Según la encuesta de los hábitos de alimentación en Chile (206), se registra un consumo mayoritario de carnes en la dieta, pero no precisamente dando preferencia a las recomendadas, el 53% consume carne de pollo y solo un 16% pescado.

Respecto a la cantidad de lácteos que se consumen habitualmente, se observó que la *frecuencia consumo de leche* se da mayoritariamente todos los días o 2 ó 3 veces por semana, habiéndose observado en la consejería que de preferencia se consume la leche entera, la cual tiene un contenido de grasa mayor en comparación con la leche semidescremada o totalmente descremada, por lo tanto contribuye al aumento en la ingesta calórica y no favorece lo señalado por la evidencia, la cual

indica que consumir al menos tres porciones de productos lácteos descremados al día, contribuye con la disminución de la presión arterial sistólica y diastólica (211). Recientemente, una meta-análisis señala que existe una débil asociación inversa significativa entre el consumo de leche y las enfermedades cardiovasculares (214). La *frecuencia consumo de Quesillo* es rara vez o nunca, influenciado por lo alto del precio y que es menos contundente que el queso maduro. En cambio, la *frecuencia consumo de Queso* es de 2 ó 3 veces por semana; sin embargo le sigue un porcentaje similar que lo consume rara vez o nunca. En cuanto a la *frecuencia de consumo de Yogurt* se encontró que el mayor consumo se da 2 ó 3 veces por semana y todos los días. La Encuesta Nacional del Consumo Alimentario en Chile, registra que alrededor del 70% de la población consume lácteos altos en grasa (212).

En la variable *alimentos de consumo habitual entre las comidas*, la mitad de las personas manifestaron consumir alimentos entre las comidas, lo cual coincide con lo reportado por el estudio de hábitos de alimentación en la población chilena, donde indica que existe un horario prolongado de 6 a 7 horas entre el almuerzo y la once, lo cual causa una disminución en los niveles de glicemia y por ende el rendimiento en las actividades, contribuyendo además al consumo de una dieta pobre en vitaminas y nutrientes, abundante en grasas y azúcares y favoreciendo al aumento de peso (206).

Con relación a la *autopercepción de peso*, sólo el 67% se autopercibió con sobrepeso y un 29,4% se consideró estar en peso normal, en circunstancias que todas las personas participantes en el estudio se encontraban con un índice de masa corporal que los clasificaba en sobrepeso. De este modo el 48,2% de hombres y 31,9% de mujeres con sobrepeso consideró equivocadamente su peso como normal, subestimando su estado nutricional real (215). La situación descrita favorece que las personas no tomen medidas respecto a su peso, ya que no lo consideran necesario. Es planteado por autores que el sobrepeso se asocia con un

mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares y otros problemas de salud que son principalmente factores de riesgo cardiovascular (119). En Chile la presencia de sobrepeso en el rango de edad de 25 a 44 años es de 44% y de 45 a 64 años es de 41,3% (178), cifras que se reflejaron en el presente estudio.

Más de la mitad de las/os participantes *realiza actualmente acciones para mantener un peso adecuado*, que se basan principalmente en el control de la ingesta alimenticia. El resto no realiza este tipo de acciones y fundamenta como *razones por las que no controla el peso* principalmente no creer tener la voluntad suficiente y no saber cómo; punto que se discutirá en párrafos posteriores. En un estudio sobre control de peso en personas con hipertensión, también se observó como causas más frecuentes para no cumplir con las medidas dietéticas: mantener relaciones sociales (visitar parientes o amigos/as), realizar otras tareas, pereza y no sentirse capaz de realizarlo (216). Los hallazgos descritos previamente contrastan con lo expresado por la mayoría de las personas participantes en el estudio, en cuanto a que la *forma más eficaz para mantener el peso adecuado* es hacer actividad física de forma periódica y evitar los alimentos altos en grasas y masas, a la vez que se aumenta el consumo de frutas y verduras. Lo que evidencia que tener conocimiento sobre los beneficios que conllevan la práctica de la actividad física y la alimentación saludable, no es suficiente para emprender acciones de cambio (217).

En cuanto a su actividad física, más de la mitad mencionó realizar actividad física pero no regularmente. Esto coincide con un estudio colombiano donde evalúan el nivel de actividad física en hombres y mujeres, y observaron que el 65,8% eran medianamente activos y el 34,2% sedentarios o físicamente inactivos (217). Respecto a la *práctica de actividad física en el último año*, un poco más de la mitad sí practicó actividad física y el porcentaje restante no lo hizo. Mientras que los resultados para la *práctica de actividad física en el último mes* fueron distintos, ya que predominaron las personas que no practicaron; manteniéndose este mismo resultado en la *práctica de actividad física durante la última semana*. La Encuesta

Nacional de Hábitos de Actividad Física y Deportes (218) señala que del 100% de la población chilena mayor de 18 años 70,6% no realizan ejercicios físicos ni deporte y un 29,4% restante, sí lo realiza. Del 29,4%, un 12,1% lo realiza menos de tres veces por semana y un 17,3% lo realiza tres o más veces por semana, considerando a éstos últimos, practicantes no sedentarios. El hábito sedentario, es un importante factor de riesgo condicionante. Esto significa que actúan principalmente favoreciendo la aparición de los factores de riesgo mayor: diabetes, hipertensión arterial y dislipidemia. La resistencia a la insulina es a menudo el denominador común a todas estas condiciones (219).

Se encontró como *principal razón para no haber practicado actividad física* el no tener tiempo; sin embargo la falta de interés o motivación, así como el estado de salud figuraron como otros justificantes, lo que concuerda con la Encuesta Nacional de Hábitos de Actividad Física y Deportes, la cual indica que las dos razones principales por las cuales la población chilena no realiza actividad física son: en primer lugar con un 49,9% el no tener tiempo y en segundo lugar por enfermedad o problemas de salud en un 17%, además de existir un 17% de la población que manifiesta no interesarles el deporte ni la actividad física (218). El aumento de la actividad física es un componente esencial en el manejo de las dislipidemias. Existe evidencia que la actividad física regular reduce la mortalidad por enfermedad cardiovascular. Este efecto benéfico se produce a través de distintos mecanismos: reduce los niveles de Col-LDL, triglicéridos y aumenta los niveles de Col-HDL. Puede promover reducción del peso corporal en sujetos con sobrepeso, lo que a su vez incrementa el efecto beneficioso sobre las lipoproteínas. Tiene un efecto favorable sobre la presión arterial, resistencia a la insulina y la vasculatura coronaria; por lo tanto, cada usuario/a que se incorpora a un tratamiento por dislipidemia debe ser estimulado a iniciar un programa regular de actividad física (219).

En relación a las *actividades realizadas con mayor frecuencia en el tiempo libre* se observó cómo actividad preferida ver televisión, visitar amigos o parientes, figuran como segunda y tercera opción asear, ordenar o reparar cosas en su hogar (lavar el auto, jardinear, etc.). En el estudio Chile Saludable, se manifiesta que la televisión es una de las principales barreras a la vida saludable; si bien existe una amplia sensación de insatisfacción respecto a la falta de tiempo libre casi el 70% de la población ocupa este tiempo en ver televisión; un 57% de los chilenos prefiere pasar el tiempo libre con la pareja, amigos y padres durante los fines de semana (208). Además concuerda con lo registrado en la encuesta nacional de hábitos de actividad física y deporte en la población chilena, donde el 18% de las personas manifestó realizar como actividad habitual ver televisión y en un 15,3% hacer cosas en su casa (218).

6.1.3 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD

Se consideró relevante en esta investigación incorporar la Calidad de vida relacionada con salud, ya que tal y como lo mencionan autoras/es chilenos la atención primaria debe aportar más salud a los años, es decir, que las personas tengan un desarrollo más pleno, que permita el uso de las capacidades físicas y mentales para vivir saludablemente (220). Autores plantean que evaluar la calidad de vida relacionada con salud, brinda una medida útil en el análisis de los resultados del tratamiento que se aplica a personas con hipertensión arterial (221).

En lo que refiere a percepción de salud general, un 47,3% de las mujeres participantes en el estudio *calificaron su salud general* como buena y un 42,1% la calificó como regular. Resultado similar se observó en los hombres, ya que un 51,5% la calificó como buena y solo el 33,3% regular. A diferencia de estos resultados, el estudio del perfil multidimensional de los beneficiarios adultos sanos del Fondo Nacional de Salud (FONASA) e Isapres de Chile (165), mostró que la percepción del estado de salud de las personas encuestadas fue regular. El resultado obtenido en la presente investigación puede deberse a que la población participante en este estudio es usuaria del Programa de Salud Cardiovascular de

los Centros de Salud de Concepción y han percibido algún grado de mejora en su salud con respecto a cuando iniciaron en este programa. La Encuesta CASEN (190) da cuenta que un porcentaje mayor al 60% califica su salud como buena o muy buena, encontrándose similitud con lo encontrado en el presente estudio.

En cuanto a la *calificación de salud en comparación a un año atrás*, predominó en hombres y mujeres la calificación de igual, lo que coincide con el estudio del perfil multidimensional de los beneficiarios adultos sanos del Fondo Nacional de Salud (FONASA) e Isapres de Chile (165), quienes en los mismos rangos de edad incluidos en este estudio, otorgan idéntica calificación, coincidiendo además con los resultados a nivel regional.

La medida de Calidad de Vida Relacionada con Salud (CVRS) utilizada, se resume en dos medidas: Componente de Salud Física (CSF) y Componente de Salud Mental (CSM). En las mujeres participantes en el estudio, se encontró que en ambos componentes, físico y mental, los promedios obtenidos (CSF=78,37 y CSM= 67,71) están por encima de la media nacional y regional de beneficiarias del sistema de salud chileno (CSF=48 y CSM=42). En cuanto a los hombres, los puntajes obtenidos en el componente de salud físico (82,46) en el de salud mental (75,37), también sobrepasaron la media nacional y regional para beneficiarios del sistema de salud chileno (CSF=49 y CSM=46) (165). Un estudio estadounidense realizado en personas con hipertensión, también obtuvo puntajes superiores al promedio nacional y regional chileno en el Componente de Salud Física (54,2) y el Componente Salud Mental (52,7); similar a la presente investigación (222). Resultados concordantes con lo encontrado en la presente investigación fueron reportados por un estudio español, en donde se indica que las personas con hipertensión tienen mejor puntaje en lo físico, que lo referente a salud mental (223). Además los resultados de esta investigación coinciden con lo presentado por el estudio del perfil multidimensional de beneficiarios adultos del sistema de salud de Chile, donde se señala que el *Componente de Salud Física* es peor en las mujeres

que en los hombres en todos los grupos etáreos y en el *Componente de Salud Mental*, las mujeres tienen peor percepción del estado de salud en este componente, que el de los hombres y además, una significativa diferencia entre ambos sexos, en desmedro de las mujeres (165).

Las dimensiones que integran el Componente de Salud Física, son: la función física (FF), el rol físico (RF), el dolor corporal (DC) y la salud general (SG). En las mujeres el promedio de la Función Física fue bueno (FF=87,94), encontrándose superior al reportado en el perfil de salud de personas beneficiarias del sistema de salud de Chile (FF=50), lo mismo sucedió en el caso de los hombres (FF=90,95) y el promedio nacional para hombres reportado es de 52 (165). Esta diferencia puede deberse a que las personas diagnosticadas con hipertensión tengan mayor conciencia de la necesidad de mantenerse activos para mejorar su calidad de vida y salud. Los resultados de esta investigación coinciden con lo obtenido en un estudio sueco llevado a cabo con personas con hipertensión, donde el puntaje promedio reportado para Función Física fue de 89,2 (224). Por otra parte el Rol Físico alcanzó en mujeres un 93,72 (Buen RF) y en hombres 95,75 (Buen RF), superando el promedio nacional, para ambos sexos (mujeres RF=48 y hombres RF=49) (165) y obteniendo similitud con lo encontrado en esta investigación con un estudio realizado en la ciudad de Michigan en personas hipertensas, donde el puntaje promedio para la dimensión Rol Físico fue de 91,7 (222). La dimensión Salud General obtuvo en la presente investigación un puntaje promedio en las mujeres de 72,98 (Regular SG) y en los hombres de 76,60 (Regular SG), cifra ubicada por encima del promedio nacional (mujeres SG=43 y hombres SG=45) (165), el puntaje obtenido en esta investigación fue muy similar al observado en un estudio sueco sobre calidad de vida en personas con hipertensión, donde Salud General alcanzó un puntaje de 74,9. Estos puntajes pueden atribuirse a que las personas participantes en el estudio consideraban importante su autocuidado y contaban con una adecuada autoeficacia. En la dimensión Dolor Corporal, se obtuvo un comportamiento similar a los anteriores, ya que el promedio obtenido en las mujeres

fue de 58,84 (Malo DC) y en los hombres de 66,54 (Malo DC), siendo más alto con respecto al promedio nacional (mujeres DC= 45,5 y hombres DC= 49,5) (165). Los puntajes hallados en esta investigación son similares con el puntaje indicado para Dolor Corporal (60,8) en un estudio español donde se midió la Calidad de Vida Relacionada con Salud en personas con hipertensión (223). Estos puntajes pueden deberse a que las mujeres y los hombres participantes se encuentran en control en el Programa de Salud Cardiovascular de los respectivos Centros de Salud Municipalizados de Concepción, además de la participación en la intervención de enfermería, lo cual facilita el manejo farmacológico y no farmacológico de signos y síntomas que puedan presentar.

En relación a las dimensiones que integran el Componente de Salud Mental, se encuentran: vitalidad (VT), función social (FS), rol emocional (RE) y salud mental (SM). Los resultados evidencian que la dimensión Vitalidad en mujeres obtuvo un puntaje de 65,69 (VT mala), situándose por debajo del promedio nacional de 68,3; caso contrario sucedió en los hombres, ya que se ubicó por encima del promedio nacional, con un 74,49 (Regular VT) (165), el estudio realizado en Michigan con personas con hipertensión también observó resultados semejantes en esta dimensión (VT 69,4) (222) a los presentados en esta investigación. La Función Social en la presente investigación obtuvo un puntaje promedio en las mujeres de 81,37 (Buena FS) y en los hombres de 92,36 (Buena FS), siendo más alto al reportado a nivel nacional (mujeres FS=43 y hombres FS=47) (165) y siendo similar al observado en un estudio sueco sobre calidad de vida en personas con hipertensión, donde Función Social tuvo un puntaje de 85,5 (224). En cuanto al Rol Emocional el puntaje obtenido en la investigación para las mujeres fue de 53,13 (Mal RE) y para los hombres de 54,32 (Mal RE); lo cual presenta un promedio más alto al registrado a nivel nacional (mujeres RE=46,3 y hombres RE=43,5) (165), pero más bajo al promedio encontrado en un estudio realizado en Turquía con población hipertensa de los servicios de atención primaria, donde Rol Emocional reporta un puntaje de 64,6 (225). El promedio obtenido en la dimensión Salud Mental para mujeres fue de 70,64 (Regular SM) y en hombres fue de 80,33 (Buena SM); lo cual

se encuentra por encima del promedio nacional para mujeres (SM=43) y hombres (SM=48) (165). Un estudio español encontró valores similares a los de la presente investigación en Salud Mental (73,2) (223). Se puede apreciar que las mujeres presentan menores puntajes respecto a los hombres en las dimensiones del componente de salud mental y en la intervención se pudo observar lo reportado por autores, con respecto a que la enfermedad cardiovascular causa una repercusión más negativa en el sexo femenino, las cuales tienden a relatar más limitaciones físicas y síntomas depresivos en relación con los usuarios del sexo masculino (226). Al parecer los puntajes promedio que se obtienen en cada una de las dimensiones que integran los componentes de salud física y mental dependen en mayor medida de la hipertensión y no del país donde fueron medidos.

6.1.4 AUTOEFICACIA GENERAL

El puntaje de *autoeficacia general* en las mujeres participantes en el estudio fue en promedio de 35,18 y en los hombres de 36,75; ambos puntajes pueden interpretarse como altos. Autores canadienses muestran en un trabajo de intervención sobre factores de riesgo cardiovascular en atención primaria que en la medición basal encontraron altos niveles de recursos personales, manifestados en la autoeficacia; lo cual contribuye a mejorar la habilidad en las personas de manejar su enfermedad, actuación social y los espacios de recreación (227). Autoras croatas refieren que la motivación y la educación son aspectos claves para implementar en los programas de prevención (228).

6.1.5 PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL

La *percepción de apoyo social* alcanzó un promedio en las mujeres de 36,19 y en los hombres de 37,85; el cual indica que las personas participantes en el estudio cuentan con redes de apoyo. Ello refuerza la importancia de incluir a las personas cercanas, tales como la familia, dentro del proceso de atención de la salud. Una investigación colombiana que estudió la efectividad de un programa educativo en enfermería en el autocuidado de personas con insuficiencia cardiaca, reveló, que parte importante del éxito que tienen los programas educativos en enfermería se

relaciona con el apoyo familiar que reciben los participantes para llevar a la práctica las conductas promotoras de salud (229).

6.1.6 INDICADORES DE SALUD FÍSICA

En lo que se refiere a indicadores de salud física, fueron incluidas las medidas antropométricas (*peso, índice de masa corporal, circunferencia abdominal*); presión arterial *sistólica y diastólica*; perfil lipídico (*colesterol total, HDL, LDL, triglicéridos, índice de aterogenicidad, factor de riesgo cardiovascular*) y *Riesgo Coronario a 10 años*.

En cuanto a las medidas antropométricas se midió el *Índice de Masa Corporal (IMC)*, ya que es el indicador más utilizado para cuantificar la proporción de grasa corporal en el individuo y estimar su estado de peso: bajo, normal, sobrepeso u obesidad; se refiere a la relación entre el peso, expresado en kilos y la estatura al cuadrado, expresada en metros (62). El promedio de *peso* en las mujeres participantes fue 66,37 kg y en los hombres de 79,88 kg y el índice de masa corporal (*IMC*) en mujeres fue de 27,82 kg/m² y en hombres de 27,97 kg/m²; lo cual los clasifica en sobrepeso. Un estudio señala que en caso de las mujeres el índice de masa corporal es el factor que más precozmente se asocia a la hipertensión, de ahí la importancia de incorporar medidas preventivas orientadas a controlar su incremento (182).

La inclusión en el estudio la medición de la circunferencia abdominal (*CA*), se fundamentó en que se ha establecido que el tejido adiposo abdominal y más específicamente el tejido adiposo peri-visceral (mesenterio, omentos) se asocia con mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus tipo 2, y cáncer, entre otras (230). El promedio obtenido en la circunferencia abdominal en hombres fue de 96,6 cm (DE=5,4) y en mujeres fue de 93,1cm (DE=6,3), encontrándose superior al promedio de circunferencia abdominal para la población chilena, 90,7 cm para los hombres y de 86,2 cm para las mujeres (62). Para el presente estudio los hombres fueron clasificados en riesgo elevado y las mujeres en riesgo sustancialmente elevado; ello que coincide con una investigación brasileña donde señala que más

de la mitad de las mujeres con hipertensión presentaban valores de circunferencia abdominal por encima de los parámetros normales (196).

El promedio de la *presión sistólica* hallada en esta investigación para las mujeres fue de 131,1 mmHg, menor a lo reportado por un estudio español sobre control de la presión arterial en la población hipertensa española asistida en Atención Primaria (231). En el caso de las mujeres la evidencia indica que la presión arterial es un factor de riesgo asociado a enfermedad coronaria (232). En el caso de los hombres, el promedio encontrado fue de 139 mmHg, cifra similar a lo reportado por investigadores españoles, que trabajaron con población hipertensa en centros de atención primaria y observaron en la medición basal una presión sistólica de 138,5 mmHg (233). Respecto a la *presión diastólica*, las mujeres en el presente estudio obtuvieron 91 mmHg y los hombres una cifra similar de 95 mmHg; siendo superior a lo reportado en investigaciones españolas, donde una reporta 72,2 mmHg (231) y otra 81,7 mmHg (233). Estos datos son similares a los de una investigación holandesa, que llevó a cabo una intervención dirigida a mejorar la calidad de vida de personas con hipertensión y observaron que el promedio de la presión sistólica fue de 144 mmHg y la presión diastólica fue de 83 mmHg (234).

Las dislipidemias constituyen un factor de riesgo mayor y modificable de las enfermedades cardiovasculares, especialmente de la enfermedad coronaria (214). El *Col-total* promedio de las mujeres participantes fue de 189,55 mg/dL y de los hombres fue de 183,11 mg/dL. Esta cifra se encuentra cercana al límite superior de 200 mg/dL, establecida por la guía de dislipidemia del Ministerio de Salud (219). En los hombres se asocia el riesgo de enfermedad coronaria con el factor de riesgo de dislipidemia y colesterol total (232).

Las mujeres participantes en el estudio mostraron un *Col-HDL* promedio 52,15 mg/dL, inferior a lo reportado por un estudio español realizado en mujeres hipertensas con tratamiento de estatinas 55,2 mg/dL; el estudio concluye que existe una relación inversa entre los parámetros normales y por debajo de lo normal en

Col-HDL y la prevalencia de enfermedades cardiovasculares; además que las variables que se asocian al *Col-HDL* bajo, son el exceso de peso, la diabetes, el consumo de tabaco y el antecedente de enfermedades cardiovasculares (235). El promedio de *Col-HDL* en los hombres fue de 43,45 mg/dL, resultado mayor al presentado por una investigación mexicana realizada en hombres con hipertensión, que presentaron niveles de HDL en 33,2 mg/dL y señala que la acumulación de tejido adiposo a nivel abdominal en varones ha sido asociada a resistencia a la insulina y a síndrome metabólico, incremento de VLDL e *Col-LDL*, y disminución de *Col-HDL* (236).

El rango normal *col-LDL* en personas con enfermedad cardiovascular y dislipidemia, debe ser ≤ 100 mg/dL (219); sin embargo, las mujeres participantes en este estudio presentan valores mayores a ese rango 110,61 mg/dL, cifras inferiores a las reportadas por un estudio español en mujeres hipertensas, donde el *Col-LDL* fue de 160,76 mg/dL y se indica que las mujeres con hipertensión por lo general presentan aumento en los niveles de *Col-LDL* (182). En el caso de los hombres también supera los parámetros normales, ya que se encontró 114,2 mg/dL; sin embargo, esta cifra es inferior a la reportada en una investigación mexicana llevada a cabo con hombres hipertensos, donde los niveles de *Col-LDL* fueron de 132,5 mg/dL y se muestra que la obesidad visceral contribuye al incremento de concentraciones en las lipoproteínas de baja densidad (236).

En relación a los *Triglicéridos*, el nivel promedio en mujeres fue de 116 mg/dL y en los hombres de 145,3 mg/dL, valor cercano al límite superior de los parámetros normales; sin embargo, ambos resultados se encuentran dentro de los parámetros normales establecidos para personas hipertensas con dislipidemia y sobrepeso (219).

Sobre cociente *LDL/HDL* (Índice de Aterogenicidad) se encontró un valor promedio en mujeres de 2,2 y en hombres de 2,5; lo cual indica que están con bajo riesgo de aterosclerosis y placa ateromatosa. Cabe señalar que sobre esta variable no se ha encontrado información respecto a mediciones en personas con hipertensión, solo

con dislipidemia. En cuanto a la relación CT/HDL (Factor de Riesgo Cardiovascular) el promedio general fue de 3,85. Al revisarlo según sexo, para hombres el promedio fue de 4,25 y mujeres 3,7. Lo cual, es congruente con lo reportado por la Situación Actual de la Salud del Hombre en Chile, con respecto al riesgo cardiovascular se observan importantes diferencias entre hombres y mujeres, donde los primeros casi duplican en riesgo a las mujeres con un 20,5% y 11,9% respectivamente. La prevalencia a nivel nacional alcanza a un 17,7%, se indica que el riesgo cardiovascular es directamente proporcional a la edad (193). Autores en el estudio Cardiovascular Risk Factor Multiple Evaluation in Latin America (CARMELA), realizado en Santiago de Chile, reconocen que CT/HDL es una medida que presentó la mejor correlación con placa aterosclerótica carotídea. Las personas estudiadas cuya razón CT/HDL era $>5,1$, tenían entre 1,5-2 veces más riesgo de aterosclerosis subclínica y placa (65). Aunado a lo anterior, autores señalan que el coeficiente CT/HDL aumentado es el principal predictor de enfermedad cardiovascular en la mujer (237) y dicho coeficiente es un indicador predictivo de riesgo de enfermedad coronaria (236).

Para este estudio el *Riesgo coronario a 10 años* obtuvo un promedio de 2,5% para las mujeres, lo cual las ubica en bajo riesgo y en los hombres de 4,1%, en el límite superior de riesgo moderado. Sin embargo, se debe tomar en cuenta que la función de la ecuación Framingham pudiera subestimar el riesgo coronario a 10 años en algunos grupos como las mujeres (203), al no considerar eventos de las etapas de la vida como: embarazo, dislipidemia en la gestación y menopausia (237). Además sobreestima el riesgo en poblaciones de baja incidencia (9). Por este motivo el Programa de Salud Cardiovascular contempla la clasificación del riesgo cardiovascular global, el cual considera otros factores de riesgo no incluidos en la Tabla Framingham (9). De este modo, al utilizar esta clasificación, a la totalidad de las personas participantes en el estudio le fueron sumados cinco puntos, ya que tienen tratamiento antihipertensivo y obesidad central, lo que elevó el promedio de *factor de riesgo coronario a 10 años* a 7,5% en mujeres y en hombres 9,1%, es decir, los ubicó en riesgo moderado.

6.2 EXPERIMENTO

La Consejería tuvo como eje central la Calidad de Vida Saludable, se diseñó con base en las necesidades de salud de la población meta e incorpora la autoeficacia, el apoyo social y los principios de la teoría *Humanbecoming* de Rose Marie Rizzo Parse.

En la primera sesión de la consejería de Enfermería se dialogó con las personas participantes sobre las expectativas de cambio que motivaban su participación en la intervención. Las mujeres definieron como principales expectativas de cambio, lo referente a salud mental, la alimentación y la disminución de peso. Se citan algunos ejemplos a continuación:

“Me fijé como expectativas de cambio: sonreír más, irradiar buen ánimo y alegría, empezar a realizar ejercicios, comer menos pan, recuperar el amor propio, sentirme como alguna vez lo fui”. Melina

“Mis expectativas de cambio son: pensar más en mí, en mi salud física y mental, no depender de una llamada para tomarme mis medicamentos sino hacerlo por voluntad propia, aprender a comer sano y saludable, estar bien por mí y para mí”. Jacinta.

Por su parte, los hombres establecieron como expectativas de cambio: bajar de peso y mejorar la alimentación. Se citan dos ejemplos.

“Mi expectativa de cambio es disminuir peso”. Jacinto

“Mis expectativas de cambio son: abordar temas que le conciernen en todo lo personal, es decir, lo que tiene que ver con padecer la hipertensión: la alimentación, aumentar la ingesta de vegetales y frutas, evitar bebidas con gas, comer sin exceso de sal y disminuir la ingesta de proteína animal; además de hacer ejercicios de manera moderada” Marvin

Los hallazgos permitieron priorizar el orden de los temas a trabajar en las sesiones, con el fin de que las personas participantes trabajaran en el logro de las expectativas de cambio establecidas y las sesiones transmitieran el protagonismo que tiene cada usuaria/o en el cuidado de su salud y la motivación para tomar decisiones al respecto. Esto permitió estructurar la experiencia de vivir con éstas expectativas de cambio al finalizar el proceso de los siete meses de consejería de enfermería.

6.2.1 COMPARACIÓN AL INTERIOR DE CADA GRUPO

En cuanto a las medidas resumen de la Calidad de Vida Relacionada con Salud analizadas por sexo al interior de cada grupo, se encontró en la variable *Componente de Salud Física* en mujeres un puntaje promedio en la medición inicial de 79,7 (Buena CSF) y en el pos-test 88,9 (Buena CSF), alcanzando significancia estadística en el grupo experimental. En relación a los hombres, en esta variable *Componente de Salud Física* tuvo mejoras en los promedios en ambos grupos, de manera altamente significativa, sin embargo fue más notoria la mejoría en el grupo experimental, de un puntaje de 84,4 (Bueno CSF) en el pre-test, en el pos-test obtuvo 90,3 (Bueno CSF).

Los registros de los cuadernos de trabajo de la consejería señalan los factores protectores que se potenciaron en el proceso de intervención y que inciden en mejoras obtenidas: una mayor actividad física que se traducen aumento de la movilidad y disminución del dolor corporal; mejoras en la alimentación; ambos aspectos contribuyen a un mejor control de la presión arterial. Se cita a continuación las frases textuales registradas:

“Caminar más a menudo”, “Me he sentido mejor de los hombros, sin dolor de espalda al practicar los ejercicios de relajación”, “Más movilidad”, “Control de la presión”, “Tratar de comer más verduras, sobre todo hacerlo en el horario de la once, para disminuir el pan”, “He realizado los ejercicios dos veces a la semana, siento que los ojos me pesan menos”, “Tengo el cuerpo más relajado, con mayor movilidad, menos dolores musculares”.

En las mujeres el *Componente de Salud Mental* también fue significativo en el grupo experimental, de un promedio de 52 (Mala CSM) en el pre-test a 58,7 (Mala CSM), en el pos-test, pero reflejando una mejoría en el puntaje. En los hombres hubo mejoras en ambos grupos en este componente, sin embargo, solamente las mejoras en el control fueron significativas; probablemente porque los del experimental tenían mayores puntajes. Se evidencia que en las mujeres se presenta un peor estado de salud mental. Las siguientes frases registradas en los cuadernos de trabajo de la Consejería lo demuestran:

“Tengo mejor sentido del humor”, “Me sentí persona otra vez”, “Los ejercicios los realicé durante este mes en la noche con lo cual me podía despejar y relajar para poder dormir y no acostarme tan tensa, me sirvió mucho para romper la rutina”.

Los promedios de las dimensiones que integran el *Componente de Salud Física* de las mujeres participantes en el estudio, fueron en su totalidad altamente significativos en el grupo experimental. La dimensión función física también fue significativa en el grupo control. Un ejemplo de lo anterior, es: “Tengo más conciencia de lo que mi cuerpo me dice al final del día” Estrella. En relación a los hombres, los hallazgos significativos corresponden a *Salud General, Función Física*, lo cual se refleja en las siguientes frases: “Practicar los ejercicios me sirvió para la espalda”, “En los hombros sentía durezas y después de practicar de forma constante los ejercicios ya no siento eso” Joaquín. En el caso de la dimensión *Dolor Corporal* fue en el grupo control donde se presentó un resultado significativo, a pesar de ocurrir un aumento en el grupo control.

Con respecto, a las mujeres, todas las dimensiones que integran el *Componente de Salud Mental* de la Calidad de vida relacionada con salud, fueron altamente significativas en el grupo experimental *Función Social; Rol Emocional; Salud Mental* y *Vitalidad*. Lo cual se ilustra con la siguiente frase “Me siento con más energía, alegre, ágil, con más vitalidad, más relajada y eso me hace dormir bien”.

En el caso de los hombres, en el *Componente de Salud Mental*, la dimensión que tuvo un resultado significativo en el grupo experimental fue *Salud Mental*. Se ejemplifica con la siguiente expresión: “Me siento con más dinamismo, más liviano, mejor ánimo” Isidro. En el caso de la dimensión *Rol Emocional*, el resultado fue altamente significativo en el grupo control, mientras que en el grupo experimental se mantuvo estable, probablemente porque al tomar conciencia de la situación de salud valoran otros aspectos.

Contrario a los resultados obtenidos en esta investigación, autores españoles midieron la Calidad de Vida Relacionada con Salud en adultos con enfermedad cardiovascular y no encontraron diferencias significativas entre los grupos entre las dos mediciones (238).

Las mujeres en *autoeficacia general*, obtuvieron resultados significativos tanto en el grupo control como en el experimental; notándose un aumento en el promedio del grupo experimental en la medición pos-test, lo cual se evidencia en expresiones como las que se mencionan a continuación: “Los ejercicios de relajación los trato de hacer en el trabajo, en casa no dispongo de mucho tiempo, pero igual hago los que se puedan hacer mientras camino o cocinando”, “tener la suficiente fuerza de voluntad...”, “más segura...” En relación a los hombres en *autoeficacia general* hubo mejora en el puntaje en los dos grupos, mayormente en el grupo experimental; sin embargo no alcanzó significancia estadística. Los participantes de la Consejería de Enfermería en alusión a la percepción de autoeficacia expresaron lo siguiente: “me siento más habilidoso, más confiado, con el cambio de vida que he adoptado últimamente, me siento bien”, “siento que ha habido bastante cambio, en relación a mi hábitat diario, bastante he logrado, no en el 100%, pero sí por decir algo en un 60-70% se ha logrado, que no es menor...” Marvin.

Investigadoras chilenas indican que la autoeficacia es el mejor predictor de cambio de conducta y una característica que contribuye a mejorar la autonomía y compromiso de la persona con enfermedad crónica para el automanejo de su enfermedad (139); por lo tanto es un aspecto fundamental que debe incorporar el profesional de enfermería para apoyar a las personas con enfermedades como la hipertensión. Una intervención canadiense en atención primaria para reducir factores de riesgo cardiovasculares midió la autoeficacia y obtuvo como resultado una mejora en esta variable, siendo significativa solamente en la medición intragrupos (227). Contrario a esto, los hombres del presente estudio, a pesar de haber evidenciado aumento en el puntaje de autoeficacia en el grupo experimental no alcanzó significancia estadística.

En relación al apoyo social se ha demostrado que tiene una influencia positiva cuando se desea trabajar de manera exitosa en la modificación de estilos de vida en las personas con enfermedades crónicas (86), por ser un proceso de interacción entre personas, que a través del contacto sistemático establece vínculos que contribuyen en la solución de situaciones cotidianas en momentos de crisis (81). En la presente investigación la variable *percepción del apoyo social* en las mujeres mostró un resultado altamente significativo en el grupo experimental. Esto se ve

reforzado por los registros obtenidos de los cuadernos de trabajo de las sesiones de Consejería, del cual se presenta uno de los ejemplos:

“Mi familia ha sido buena influencia para llevar a cabo mi plan”, “...no pensé que hubiera alguien que se interesara en lo que me podía pasar a mí, entonces ver que otras personas se preocupan de uno, la hace sentir mejor a uno y apoyada, entonces creo que eso mismo la incentiva a uno para fijarse metas y poderlas lograr”. Jacinta.

En los hombres no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, lo cual es similar a lo reportado en una investigación sobre apoyo social y calidad de vida relacionada con salud en adultos estadounidenses con enfermedad cardíaca, donde los hombres menores de 65 años reportaron menor percepción de apoyo social con respecto a las mujeres y otros grupos de pacientes; asimismo esta investigación destaca que los cambios en el apoyo social fueron predictores significativos de cambios en la calidad relacionada con la salud de la vida (85).

De los ejemplos que manifestaron la vivencia del apoyo social en este proceso, expresados por los hombres fue:

“...mi señora está también un poquito en sobrepeso y también ha logrado bajar de peso, o sea ha sido para los dos, porque todo yo se lo transmito y también ella se acostumbró al platito, lo que no le podido es quitar el pan todavía porque eso yo no lo consumo.estado presente” Isidro.

Llama la atención que la mayoría de personas participantes en el estudio tuvo puntajes altos de autoeficacia general y percepción de apoyo social en la medición basal y cuando se realizó la consejería se encontró que los puntajes no concordaban con la realidad y que el instrumento excluye aspectos fundamentales a considerar, cómo lo es la capacidad de afrontamiento personal ante la enfermedad crónica y el apoyo recibido por su familia para el cuidado de su padecimiento crónico; encontrándose evidencia de este último en una investigación realizada en México, donde el cumplimiento terapéutico se vincula de forma significativa con el apoyo que los familiares otorgan a la persona que padece hipertensión arterial para adaptarse a los cambios sostenidos que debe implementar en su estilo de vida (239). Otro aspecto no contemplado en el instrumento con el que se midió el apoyo social, fue el apoyo recibido por parte del profesional de la salud, como se pudo

observar, fue un punto importante que se mencionó en reiteradas ocasiones en los diálogos de los/as participantes y que influyó de manera positiva en el logro de las expectativas de cambio. Por lo que se recomienda para una próxima medición de estas variables la utilización de otro tipo de instrumento que incluya los aspectos anteriormente mencionados.

En relación a las medidas antropométricas de los indicadores de salud física en las mujeres participantes en el estudio, se encontraron resultados altamente significativos en el grupo experimental en las variables como: *Peso*, *Circunferencia abdominal* e *IMC*. Esto se ve reforzado por las frases expresadas por las mujeres participantes de la Consejería de Enfermería que lo reflejan en:

“...yo comía mucha de repente comida chatarra, los completos, papas fritas con mayo...ahora las hacía pero una vez a lo lejos, no tan seguido”. Luz.

“...he cambiado los hábitos también de alimentación porque antes me gustaba algo e iba y me repetía,...sabiendo que me hacía mal decía, ¡ah, una vez que me va a pasar me sirvo igual! en cambio ahora en eso me he preocupado mucho...”. Elaine

En este mismo punto de medidas antropométricas, en los hombres participantes en el estudio, se observó en la variable *Circunferencia abdominal* un resultado altamente significativo en el grupo experimental y para las variables *Peso* e *IMC* un resultado significativo. Esto también se ve reforzado por expresiones como:

“...noté el cambio de tomar el hábito de tomar líquido, agua, más fruta, más verdura y menos carne, o sea dejar la grasa, dejar la sal, dejar la azúcar, y ahí he notado el cambio positivo”. Isidro.

“...en este tiempo continúo con el régimen de mejorar la alimentación, de evitar todo lo que me ha perjudicado, y llevar el régimen que debería haber llevado y ahora lo estoy llevando, de comer cosas más sanas, verduras, legumbres.” Marvin

El resultado observado en la variable *IMC* coincide con lo reportado en un estudio estadounidense, en el cual se realizó una intervención de enfermería con adultos con sobrepeso y al final de seis meses, las personas que cumplieron la totalidad del programa, obtuvieron una baja en el *IMC* de manera significativa (122).

Al igual que en la investigación realizada por autoras españolas en una intervención sobre el control de peso en personas con hipertensión, se obtuvo una reducción significativa del peso en el grupo experimental, pero en esa investigación esta reducción fue mayor en hombres, lo que difiere de lo observado en el presente estudio, donde el descenso en el peso fue mayor en las mujeres. Además estas autoras destacan que en relación a cada kilo que se pierda, se produce un descenso de 3 mmHg en la presión sistólica y 2 mmHg en la presión diastólica (216).

Los indicadores de salud física referentes a presión arterial en mujeres, muestran que la *Presión diastólica* tuvo mejora altamente significativa en ambos grupos, lo cual se presentó de igual manera en los hombres. A diferencia de la *Presión sistólica*, que en los hombres, presentó mejoras significativas en el grupo control. Es importante tener presente que la descompensación de la presión sistólica y diastólica son factores de riesgo para la morbi-mortalidad de enfermedad cardiovascular; por el contrario las personas con niveles controlados tanto en su presión arterial sistólica y diastólica no aumentan el riesgo de morbi-mortalidad de enfermedades cardiovasculares en comparación con los normotensos (240).

Está descrito por diferentes autores/as que la modificación en el estilo de vida es eficaz para disminuir los niveles de presión arterial, sin embargo, para lograrlo se requiere de un esfuerzo constante (216). La Asociación Americana de Corazón (241) coloca como un componente crítico de la estrategia para la reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular en la población general la mejora de la dieta y el estilo de vida. Lo que refuerza la necesidad de contar con intervenciones de Enfermería que trabajen la implementación de dichas estrategias.

Asimismo las variables incluidas en el perfil lipídico forman parte de los indicadores de salud física; se encontró en las mujeres que los resultados del *Col-total*; el *Col-HDL*; el *Col-LDL*; el LDL/HDL, el CT/HDL y el *Riesgo coronario a 10 años* fueron altamente significativos para el grupo experimental. Cabe destacar que el *Riesgo coronario a 10 años* fue significativo para ambos grupos, control y experimental; sin

embargo, es importante destacar que esta medida se realiza con las tablas Framingham, las cuales solo incluyen el *Col-total* y el *Col-HDL*, por lo tanto, no contempla la disminución significativa que se produjo en el grupo experimental en el *Col-LDL*; el cual se considerado uno de los objetivos principales a trabajar en la prevención cardiovascular (242); así como los índices para medir riesgo de aterosclerosis LDL/HDL y el CT/HDL, los cuales también disminuyeron.

En los hombres los hallazgos altamente significativos en el grupo experimental fueron solo el *Col-total*; el *Col-LDL*; el LDL/HDL y el CT/HDL; y los hallazgos significativos fueron los indicadores *Col-HDL* y *Riesgo coronario a 10 años*. En los cuadernos de trabajo de las sesiones de consejería, se registraron las siguientes modificaciones en el estilo de vida, las cuales contribuyeron a los resultados obtenidos: “menos sal y azúcar”, “no completos, no mayo, no papas fritas”, “aprender a leer la información nutricional”. Una investigación australiana, donde enfermeras realizaron una intervención dirigida a personas con factores de riesgo cardiovascular encontró que el *Col-HDL* incrementó en los dos grupos al cabo de los 12 meses de intervención, sin llegar a ser significativo en el grupo control (243).

6.2.2 ESTRUCTURA DE LA EXPERIENCIA DE VIVIR CON EXPECTATIVAS DE CAMBIO

Los hallazgos que emergieron a partir de la exploración de la *experiencia vivir con expectativas de cambio* en las personas participantes en el estudio, usando el Método de Investigación de Parse son discutidos a continuación. Tres conceptos fueron extraídos y sintetizados a partir de los diálogos comprometidos con las 14 personas participantes. Estos tres conceptos fueron: 1) *Visibilizar la realidad de salud, integrando lo físico y psicológico, a través de un proceso interactivo de cuidado con acción comunicativa*; 2) *Establecimiento de alianzas para generar compromisos personales y enfrentar divergencias* y 3) *Esfuerzo y perseverancia para realizar acciones innovadoras en salud que permitan adaptarse a las condiciones de salud que se van presentando*. Sintetizados y unidos estos tres

conceptos en el lenguaje de la investigadora forman la siguiente estructura de la experiencia de vivir con expectativas de cambio: *vivir con expectativas de cambio es visibilizar la realidad de salud, integrando lo físico y psicológico, a través de un proceso interactivo de cuidado con acción comunicativa, donde se establezcan alianzas que generen compromisos personales que contribuyan a enfrentar las divergencias con esfuerzo y perseverancia, de este modo emprender acciones innovadoras que permitan adaptarse a las condiciones de salud que se van presentando.* Seguidamente, se desplaza esta estructura a un nivel de abstracción mayor, llamado transposición estructural: *vivir con expectativas de cambio es una conexión con la realidad personal para elegir la vivencia de la salud, potenciar la interrelación persona-entorno, con fin de atreverse a nuevas posibilidades de vivir la salud.* Esta última estructura, fue integrada con la Teoría *Humanbecoming* de la siguiente manera: *Vivir con expectativas de cambio es permitir-limitar, conectar-separar con el valor que se le otorgue a la vivencia de la salud, originando adaptación a la variación en las condiciones que se van presentando en el estado de salud y el poder personal para perseverar en las acciones que se proyectan en una imagen por medio del lenguaje.*

Comprender la forma en que se estructura la experiencia de vivir con expectativas de cambio en las personas participantes, permite a los miembros de la disciplina generar conocimiento acerca de este fenómeno universal de vida, el cual hace referencia a la salud y la calidad de vida (37-38,88), brinda herramientas útiles para incorporar en el cuidado de enfermería y elevar el nivel de comprensión de los resultados obtenidos en el efecto de la intervención de enfermería. Es importante destacar que la literatura ofrece un número limitado de estudios relacionados a este fenómeno de vivir con expectativas de cambio (151) y no se encontraron estudios de este fenómeno en personas con hipertensión u otra enfermedad crónica, probablemente porque el paradigma que ha imperado en la Enfermería es el positivista y esta teoría *Humanbecoming* se enmarca en el paradigma de transformación, lo que genera que la enseñanza en este paradigma sea incipiente.

A continuación se presenta cada concepto principal analizado a la luz de la teoría *Humanbecoming* y de los hallazgos encontrados en la literatura.

**Vivir con expectativas de cambio es visibilizar la realidad de salud,
integrando lo físico y psicológico, a través de un proceso interactivo de
cuidado con acción comunicativa**

En este concepto se pone de manifiesto el principio estructurando significados de la Teoría *Humanbecoming* y dos de los conceptos: valoración e imagen, ya que como se puede apreciar en los resultados obtenidos en esta investigación, es fundamental la conexión con la realidad personal para elegir la vivencia de la salud (transposición estructural) y para el profesional de enfermería conocer cómo viven su presente las personas a las cuales brinda atención le permite guiar las acciones de cuidado hacia el cumplimiento terapéutico.

La valoración es entendida como la capacidad de elegir y vivir las creencias de acuerdo a los valores que nos representan como personas (96-99), se ejemplifica de la siguiente manera:

“...antes me gustaba algo e iba y me repetía, sabiendo que me hacía mal decía: ¡ah, una vez, ¿qué me va a pasar?, me sirvo igual! En cambio ahora en eso me he preocupado mucho...”

Como se puede observar la persona cambia su forma de pensar respecto a lo que come, mostrando mayor conciencia y preocupación por su salud al elegir los alimentos.

La imagen se refiere a las ideas y los acontecimientos en la conformación de la realidad personal (99-106). Es decir, lo que implica vivir con una enfermedad crónica, ya que impacta en la percepción que tiene la persona de su cuerpo, su autoestima, orientación en tiempo y espacio en la sociedad, sus motivaciones y la capacidad para predecir los acontecimientos de la vida (244). En los diálogos se muestra:

“...ha significado conocerme...” Estrella.

“...oportunidad de encontrarme conmigo misma...” Melina.

Se aprecia que la Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica en Salud Cardiovascular implicó que el/la usuario/ se re-encontrara consigo mismo/a.

Eso supone la necesidad de una atención de enfermería situada en el contexto que enfrenta la persona usuaria, es decir, que no puede establecerse el proceso de atención como una práctica estandarizada, por la carga subjetiva que cada individuo le confiere a su situación de salud. Asimismo, la/el enfermera/o debe ayudar a que la persona a conviva con ella misma en total coherencia con el mundo (244). Por ejemplo:

“Sería bueno, muy muy bueno, que esto uno lo encontrara en los consultorios porque ayudaría a la gente, ayuda a las personas que tienen problemas con este aspecto, así como yo, lo mío es ser hipertenso, ayuda bastante...” Jacinto

Se destaca la necesidad de establecer la verdadera presencia por parte de la enfermera con el/la usuario/a, entendida como *“una especial manera de ser, con el cual la/el Enfermera/o está atenta/o al significado de los cambios que presenta la persona en cada momento, contribuye a la reorganización de sus valores prioritarios para la toma de decisiones a favor de su salud y calidad de vida”* (245). Se reconoce que una atención de calidad requiere que el profesional de enfermería reconozca la humanidad de quienes cuida, se apropie de los conocimientos científicos para integrar lo físico, lo psicológico y lo social de cada persona que cuida, y aplique teorías y modelos de cuidado para brindar atención oportuna, según los requerimientos individuales (246).

Además este concepto principal también se fundamenta en el principio configuración de patrones rítmicos, que se refiere a las paradojas de las experiencias humanas (20-99) y su función es invitar a la reflexión. Dos de las paradojas que componen este principio son: permitir-limitar, conexión-separación. La conexión-separación está unida a la paradoja atender-distanciarse; es el proceso de moverse en una dirección y alejarse de otras. Es la forma en que las personas crean pautas para conectarse y separarse de la gente, de los proyectos o de las situaciones (20). En la intervención de enfermería, se reflejó en la búsqueda de

alternativas que fueron factibles de incorporar y contribuyeran a un mejor estado de salud, por ejemplo:

“...yo ahora aprendo a seleccionar lo que me estoy comiendo, si a mí me ofrecen algo a lo mejor lo reciba por no hacer un desprecio...digo esto no lo tengo que comer, lo pienso para mí, si antes me lo servían yo me lo comía, ahora no, trato de forma bien oculta-se podría decir-de guardarlo, no me lo como porque sé que me hace mal...” Marisol.

Lo anterior, se relaciona con un aspecto de los mencionados por Parse cuando define expectativas de cambio como “alejarse de lo familiar y lo no familiar”, esto involucra que la persona tome el riesgo de abandonar lo que es conocido y confortable (lo familiar), en este caso comer cualquier cosa sin una razón específica, mientras se desplaza hacia lo nuevo y no confortable (lo no familiar), elegir los alimentos y justificarlo socialmente. Los seres humanos luchan por incorporar lo familiar con lo que no es familiar y viceversa, en diferentes situaciones en la vida. De esta lucha emergen posibilidades únicas, convirtiéndose en transformaciones que conectan y separan al mismo tiempo con lo conocido (38). Se pudo guiar a los usuarios/as durante el proceso de intervención a la incorporación de estrategias que les permitieron funcionar en la sociedad sin afectar el ritmo de vida cotidiano; ya que se ha descrito que el padecimiento de una enfermedad crónica puede generar la aparición de situaciones desconocidas, distorsión de la conducta habitual y desorganización e incertidumbre (244). Y específicamente en la hipertensión asociada a otras patologías como la dislipidemia se han identificado factores que intervienen como barreras en el automanejo de la misma: se piensa que la hipertensión agrupa otras patologías de forma natural, no se considera la hipertensión como una enfermedad por lo que se le da una baja prioridad, genera conflicto el cumplimiento terapéutico farmacológico y no farmacológico y el manejo de múltiple medicación crea confusión para distinguir un medicamento de otro (247). Lo anterior, se asocia con la paradoja permitir-limitar, que está unida a la paradoja potenciar-restringir. Esto es acerca de abrir y cerrar puertas al hacer elecciones en la vida (96). Parse menciona que las expectativas de cambio son un fenómeno del universo humano que hacen referencia al sin número de posibilidades con las que

convivimos (99). Cada elección que se hace significa infinitas posibilidades como también limitaciones, porque no se pueden realizar todas las posibilidades a la vez. El siguiente ejemplo lo demuestra:

“...yo comía mucha comida chatarra...esas cosas ahora las hago pero una vez a lo lejos, no tan seguido...pero el pan no lo pude sacar [risas], no pude, mi marraqueta con mantequilla, está ahí” Luz.

Se observa que esta persona decidió modificar hábitos de alimentación, haciendo un equilibrio de acuerdo a sus gustos y preferencias, reconociendo que no se ha podido limitar en el consumo de pan, pero si en la comida chatarra.

Tomando en consideración que los seres humanos vivimos cambiando constantemente las expectativas, según las nuevas experiencias de vida, las cuales cocrean nuevos significados con nuevas posibilidades (151), es que la atención de enfermería debe co-existir con la persona usuaria (“estar-con”), focalizarse en qué es importante para la persona en el aquí y el ahora (103), sin separar lo físico de lo emocional. El profesional de enfermería se convierte en un facilitador-cooperador con el fin de optimizar el proceso de salud de la persona usuaria (244).

Vivir con expectativas de cambio es establecer alianzas que generan compromisos personales que contribuyan a enfrentar las divergencias

Este segundo concepto principal aplica el concepto de lenguaje incorporado en el primer principio de la Teoría *Humanbecoming*, estructurando significados. El lenguaje expresa el significado a través de hablar-estar en silencio (lenguaje verbal), de moverse-estar quieto (lenguaje no verbal); indica cómo las personas se interrelacionan con otros y el universo, los ritmos paradójicos de hablar-estar en silencio y moverse-estar quieto simultáneamente vislumbran una realidad personal de los valores que rigen a cada individuo (20). Se cita un ejemplo a continuación:

“...a mí me cuesta hablar como lo estoy haciendo ahora, siempre me pongo a llorar porque me vienen cosas que tengo guardadas o falta de apoyo, entonces yo prefiero quedarme callada y no hablar...somos tres personas en mi casa, pero por ellos uno como mamá y dueña de casa estuviera siempre bien, pero no es posible, no es posible, sobre todo cuando uno tiene enfermedad crónica”. Marisol.

Para potenciar la interrelación personal y con el entorno (transposición estructural), por medio del establecimiento de alianzas es necesario utilizar el lenguaje; así como también para anticiparse a las situaciones (37-38) que conforman los compromisos personales; es decir, una expectativa se relaciona con anticiparse, que se entiende cómo mirar hacia adelante, vislumbrar lo que podría construirse como realidad, con esperanza y confianza (99). Se ejemplifica en la siguiente cita:

“... el haberme dedicado el tiempo que me dedicaron, que tenían la paciencia de cambiarme el horario de repente cuando estaba complicada yo, y de escucharme y yo sentí que me escuchaban con verdadera atención, no por dejarme hablar, sino porque les interesaba lo que estaba pasando...” Melina.

La construcción de la realidad personal, es un proceso que incluye la realización de elecciones a partir de los recursos personales y a partir de las opciones con las que se cuentan; tales elecciones conforman la realidad y contextualizan las situaciones (38). La persona que es diagnosticada con una enfermedad crónica, se siente mal y confundida, lo que provoca un aislamiento en las relaciones sociales (244); así se manifestó: “...yo era como más mañosa, más solitaria...” Elaine. Esta sensación se convierte en una barrera para tomar decisiones sobre el cambio que debe experimentar en su estilo de vida y justifica la necesidad de que el profesional de enfermería incorpore el autoeficacia y el apoyo social dentro de la atención que brinda. La siguiente expresión lo demuestra:

“Este proceso para mí ha significado algo mágico, porque no pensé que hubiera alguien que se interesara en lo me podía pasar a mí, entonces ver que otras personas se preocupan de uno la hace sentir mejor a uno y apoyada...” Jacinta.

El apoyo social incide significativamente en los cambios de vida, en el desempeño del rol, los comportamientos en salud y crisis o conductas de enfermedad, en las diferentes situaciones del proceso vital humano (81). Autores señalan que la mejoría de la salud de las personas se basa en la aplicación de un juicio clínico enfermero que se apoye en los determinantes de la conducta, estableciendo un conjunto de estrategias que fortalezcan la autoeficacia, con el fin de contribuir con un adecuado autocuidado en las personas con enfermedades crónicas (248). Los datos empíricos

mostrados por una investigación española, indican que las tasas de cumplimiento y adherencia cuando se trata de enfermedades de larga duración y síntomas poco aparentes son extremadamente bajas, lo que representa un desafío importante y toma relevancia la comunicación con el/la usuario/a encaminada a mejorar el estado de salud y la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas y aumentar la eficiencia de los sistema sanitario (249).

Vivir con expectativas de cambio es esfuerzo y perseverancia para realizar acciones innovadoras que permitan adaptarse a las condiciones de salud que se van presentando

Este tercer concepto principal, se asocia con el principio de co-trascendencia de la Teoría *Humanbecoming*, implica movilizarse más allá con las posibilidades que surgen, para co-crear con otros y el universo (20). Movilizarse más allá, significa atreverse a tomar decisiones entre un sinnúmero de posibilidades y esas decisiones involucran cambios en la vida. Esto ocurre porque el ser humano no es estático, se encuentra en un proceso de evolución permanente, que se da por las posibilidades de cambio que se presentan a diario (20). Se relaciona la co-trascendencia aquí descrita con la transposición estructural: *atreverse a nuevas posibilidades de vivir la salud* y se representa a través de dos de los conceptos asociados a este principio: poder y origen, emergidos en los resultados obtenidos en los diálogos comprometidos

El poder se refiere a la fuerza y energía que impulsa al ser humano a vivir (96), transmite el significado de lucha y perseverancia en la vida, es lo que otorga la voluntad de continuar a pesar de las dificultades que se enfrenten. Comprende la capacidad de mirar el conflicto como la oportunidad para realizar cambios que brinden mayor bienestar y aumenten la calidad de vida (98). En los diálogos de los/as participantes se representó el poder:

“...he cambiado de rumbo, en el sentido de que me siento mucho mejor en el despertar, en el dormir y con los remedios los estoy tomando”. Marvin

“...no depender de una llamada para tomarme mis medicamentos sino hacerlo por voluntad propia...estar bien por mí y para mí y sentirme bien y saber que puedo lograr metas siempre cuando yo lo decida”. Jacinta

Dichas frases concuerdan con lo señalado por una de las autoras que ha estudiado el fenómeno vivir con expectativas de cambio, en cuanto, a que vivir con expectativas de cambio es un proceso de transición, que se refiere al cambio constante que se afronta en la vida en un tiempo y espacio determinado; el cambio implica toma de decisiones (38). Las personas usuarias reflejaron que para adherirse a la toma de medicamentos tuvieron que implementar cambios y pasar por un proceso de transición entre el querer y el poder, para ser capaces de ejecutar la acción y establecerla como parte de sus estilos de vida. Además, se parte de la premisa que el cambio es inherente a la experiencia de vivir y se presenta a través del cuestionamiento y búsqueda de respuestas que den significado y valor a determinadas situaciones o actuaciones (115). Lo dicho anteriormente, se ilustra con los siguientes diálogos:

“Estoy contento porque bajé...he disminuido las comidas, si antes eran dos platos, ahora un plato...mantener el training e ir bajando paulatinamente”. Isidro.

“...de repente te da un poquito de flojerita qué sé yo, porque te quieres ir a la casa o hacer otra cosa, pero, es que cuando yo decido hacer algo tiene que ser o no ser, o sea cumplir 100%...Este proceso ha significado un apoyo fundamental para la salud física y mental”
Martina.

“Yo me siento como más liviana...evitamos los carbohidratos...yo me encontraba sedentaria, ahora camino más...ánimicamente yo me siento mejor , en general me ha servido mucho, el mismo hecho de venir y conversar con usted acá...me ha cambiado la vida en realidad...”
Rocío.

También el poder se evidencia en el afrontamiento que realizan los profesionales de Enfermería ante las adversidades que presentan los sistemas de salud, como la disyuntiva entre cantidad y/o calidad de atención (109). En este caso se evidencia con los resultados obtenidos en la investigación y en la estructura de vivir con expectativas de cambio, que las personas abogan por la necesidad de contar con un tiempo de consulta entre 45 a 60 minutos. Y actualmente la consulta de

enfermería en el Programa de Salud Cardiovascular comprende de 10 a 15 minutos. Siendo necesario que la consulta de Enfermería, contemple un espacio de escucha y que las/os usuarias/os puedan despejar las interrogantes que genera la vivencia de una enfermedad crónica.

“...aquí es distinto porque aquí te explican, te enseñan, o sea lo que tienes que hacer y lo que no tienes que hacer, esa es la diferencia que el consultorio bien de repente que uno va que lo atiendan, pero la atención es ahí no más, uno se queda con la duda de repente porque están tan apurados que tienen tanta gente que no contestan las preguntas que uno hace” Luz.

Las personas participantes reiteran la importancia de que el/la profesional de enfermería establezca un vínculo de confianza, que mantenga una atención personalizada en todo sentido, es decir, llamar por el nombre, recordar en cada consulta detalles importantes relativos a la vida de la usuaria/o, ya que esto va a permitir que la persona se sienta acogida por el profesional y apoyada, lo que implica trabajar de forma conjunta (*estar-con*) en pro del logro de las expectativas de cambio que motivan la asistencia a la consulta; demostrando que no solo la entrega de medicamentos es un motivo de adherencia para la asistencia. Por ejemplo:

“...en el consultorio uno va...no le dan la atención como la dan ustedes aquí, que le preguntan ¿cómo se siente?, ¿qué es lo que hace?...poca comunicación, debería ser más comunicativo el sistema...” Jacinto.

Lo que concuerda con los resultados de una investigación realizada en España con profesionales de la salud, donde se señala como aspectos fundamentales para una comunicación eficaz, que contribuyen a la calidad de la atención: la construcción de una relación colaborativa con pacientes y familiares, donde se dé un clima de confianza, aceptación y acompañamiento emocional, que permita la participación de las personas atendidas para hacer preguntas o argumentar sobre las opciones disponibles de tratamiento o afrontamiento; ya que los/as usuarios/as necesitan ser reconocidos en sus necesidades, sentimientos, creencias y opiniones, para poder confiar más en el proceso de atención clínica (250).

Asimismo, dentro del estudio del fenómeno vivir con expectativas de cambio, la profesión de Enfermería, debe incorporar la temática de la tecnología en el acceso y transmisión de la información, pues es un medio que facilita el cambio, al proveer la capacidad de que las personas tengan acceso de manera fácil y ágil a gran cantidad de información, permitiendo la toma de decisiones para cambiar patrones de salud (38-111). Se debe tener presente cuándo y cómo las personas usan ese conocimiento e información para cambiar y co-crear la realidad (111). La intervención desarrollada incluyó la aplicación tecnológica, ya que las sesiones se desarrollaron por medio de un software interactivo y material diseñado exclusivamente para las sesiones de consejería en salud cardiovascular, y las/os usuarios lo reconocieron:

“Yo ando por todas partes contando los pasos con mi instrumento (podómetro)...el material también es muy bonito y también los logros en estos meses” Elaine.

“...también he aprendido yo a ver las etiquetas y elegir mejor los productos” Jacinta.

Y es que en el ámbito del cuidado de personas con enfermedades crónicas el Consejo Internacional de Enfermería impulsa a que las/os enfermeras/os desarrollen acciones innovadoras en esta área (14). En una investigación realizada por enfermeras chilenas se menciona que la atención de usuarios/as con enfermedades crónicas es poco efectiva, debido a múltiples condiciones, como: cuidados desde el enfoque biomédico por parte de los profesionales de la salud y la organización de servicios de salud caracterizada por prestaciones aisladas y discontinuas (251).

En lo referente al concepto origen, se define como la creación personal, que conecta con personas y proyectos y da la posibilidad de movilizarse más allá de lo establecido, en cuanto a adaptación de la vivencia de salud y que lleva a re-inventar las formas de hacer las cosas (96-108). En la investigación, el origen se relaciona con la posición que tome el/la usuario/a para enfrentar su situación de salud y en este aspecto juega un papel preponderante la relación que se establece entre enfermera/o-usuario/a (distante o cercana) en la atención de salud, porque puede

conducir a cambios significativos en la salud. En los diálogos se evidencia lo antes mencionado:

“...antes generalmente como dos veces a la semana tenía que verme el médico porque se me subía la presión, porque tenía problemas según yo en el pecho, ahora no, la verdad me siento tan bien que no me acuerdo de la presión...” Elaine.

“...yo antes no consumía mucha fruta, ahora estoy consumiendo más fruta, frutos secos y los mismos cereales que tampoco tenía idea que existían, he cambiado hartito el hábito de las grasas, las frituras...ahora rara vez, yo no consumo tanto eso y menos fritangas...y bien po, me he sentido mejor, así que vamos positivo” Jacinto.

Se vivió un proceso de atención de enfermería que intentó ingresar al mundo subjetivo de la persona usuaria para observar las cosas lo más semejante a como él o ella las observaba, con el propósito de lograr realizar una valoración casi exacta de las necesidades del individuo y planificar el cuidado (244) generando propuestas atractivas e incentivando la capacidad de elección ante las opciones con las que cuenta la persona usuaria para mantener o mejorar su salud.

Se comprobó la importancia de incorporar el apoyo social en la práctica del cuidado de enfermería, puesto que permite el intercambio de relaciones enfermera/o-usuaria/o, caracterizado por expresiones de afecto, afirmación o respaldo de los comportamientos de la persona usuaria, a quien se le entrega ayuda simbólica o material (81).

La intervención innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica en Salud Cardiovascular, estableció un actuar profesional de la enfermera que tuviera presente las particularidades de trabajar con seres humanos; reconociendo que todos/as estamos transversados por las historias de vida y los patrones de crianza, lo cual agudizó la necesidad de respetar las diferencias, buscó los detalles de cada proceso de relación profesional con el/la usuario/a y no emitió juicios de valor. Asimismo propició un ambiente agradable, de confianza y respeto para que la persona se sintiera cómoda con las sesiones de consejería impartidas, de manera que pudiera guiarlas hacia elecciones saludables de acuerdo con las preferencias, valores y creencias. Y que la enfermera pudiera valorar con criterio

profesional la necesidad de aclarar, especificar y/o profundizar en una temática de acuerdo a las necesidades de cada persona.

Los hallazgos demuestran que las personas incentivan las conductas positivas en salud cuando establecen expectativas de cambio y experimentan el vivir con estas expectativas de cambio; pero para esto requieren de dos aspectos claves : habilidades y conocimiento del profesional de Enfermería que interviene:

- Una buena comunicación para asimilar su diagnóstico y adaptarse al nuevo estilo de vida.
- Una buena interacción (*rapport*) para que el/la usuario/a se re-encuentre consigo mismo/a, pueda ser escuchado/a y resuelva sus dudas.
- Compromiso de ambas partes (uno de ayudar y otro de ser ayudado) para decidir qué cambios van a incorporar en su estilo de vida.
- El acompañamiento por parte del profesional de enfermería para la vivencia de su proceso de salud.

El conjunto de estos puntos, interviene en la formulación de las expectativas de cambio y la vivencia de las mismas, además requiere un proceso de salud que fortalezca autoeficacia y apoyo social, que conduzca a la toma de decisiones desde el proceso de administración del cambio para el mejoramiento de la calidad de vida relacionada con salud.

6.2.3 EFECTO DE LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Efectividad se refiere a la reducción en las medidas de salud del grupo experimental frente al grupo control (252).

En las mujeres participantes en el estudio, las dos medidas resumen de la Calidad de Vida Relacionada con Salud: el Componente de Salud Física y el Componente de Salud Mental, mejoraron de manera significativa. Al indagar en la magnitud de los cambios en las dimensiones se encontraron diferencias significativas en Dolor Corporal, Función Social y Vitalidad entre el pre y pos-test del grupo control y experimental. Lo cual, se pudo constatar con lo registrado en los cuadernos de

trabajo y se resumían en mayor movilidad, con sensación de relajación y reforzando las redes de apoyo. En una investigación realizada en Inglaterra se midió CVRS con el instrumento SF-36, coinciden los resultados obtenidos en esta investigación en las diferencias significativas de mayor cambio obtenidas para el grupo experimental en cuanto a la Función Social, pero difiere en la Función Física y Salud General (121). Esta diferencia puede atribuirse a la incorporación del fortalecimiento de autoeficacia general y percepción de apoyo social en el desarrollo de la consejería de enfermería ejecutada.

En cambio en los hombres participantes en el estudio, no se aprecia mejora en las medidas resumen de la CVRS, solamente la dimensión Rol Físico y la dimensión Rol Emocional presentaron diferencia significativa entre la magnitud de los cambios, entre el pre y pos-test del grupo control y experimental. Los hallazgos encontrados en la Calidad de vida relacionada con salud de los hombres, concuerda con lo reportado por autoras españolas que investigaron la eficacia de un programa de intervención sobre control de peso en personas con hipertensión y observaron que la calidad de vida mejoró en los integrantes del grupo experimental, pero sin diferencias significativas en un periodo de 7 meses (216). Asimismo, autores ingleses que investigaron la CVRS con el instrumento SF-36, recomiendan que para estudiar los efectos se requiere un periodo más largo de intervención, ejemplo 24 meses (121).

Los resultados anteriores, coinciden con un aspecto que estudios recientes enfatizan, la necesidad de brindar un abordaje diferenciado por sexo en la atención de las enfermedades cardiovasculares, evidenciándose en los objetivos terapéuticos que se establecen para cada uno (181), ya que existe certeza de las diferencias entre hombres y mujeres, tanto en los factores de riesgo cardiovascular, como en la prevalencia y forma en que se presentan las enfermedades cardiovasculares, por los mecanismos fisiopatológicos distintos y la diferenciación en el equilibrio riesgo/beneficio de los tratamientos farmacológicos (232); lo cual incide en la percepción de la calidad de vida relacionada con salud que éstos tengan.

La intervención de consejería no tuvo efecto significativo sobre la autoeficacia general ni la percepción de apoyo social, a pesar de manifestar mejorías en el grupo experimental con respecto en el grupo control. Cabe mencionar que un estudio chileno, donde realizaron una intervención telefónica, durante un periodo mayor a un año en el auto-manejo y control metabólico en personas con diabetes tipo 2 que se atienden en el Programa de Salud Cardiovascular de un centro de salud de Santiago, Chile; observó una mejoría significativa en la percepción de autoeficacia en el grupo experimental (139). Las diferencias encontradas con la presente investigación podrían ser explicadas por las características de las patologías estudiadas o por el instrumento de medición, ya que la medida de la escala de autoeficacia general provoca contradicción entre los altos puntajes en la medición basal y lo vivenciado por las personas participantes durante el desarrollo de la Consejería, ya que los cambios experimentados en el proceso de intervención no se reflejan en la medición pos-test. Otro estudio amplía lo expresado anteriormente, una intervención realizada por enfermeras dirigida a aumentar la autoeficacia, obtuvo como resultado que la intervención telefónica y presencial logra activar la escucha, el compromiso, la modificación del comportamiento y aumenta la socialización en el grupo que recibió la intervención; todos componentes de la autoeficacia (136).

En cuanto a los indicadores de salud física referentes a las medidas antropométricas en las mujeres el efecto atribuible a la intervención realizada fue disminución en el *Peso* y la *Circunferencia abdominal*. Una de las participantes lo ilustró de la siguiente manera:

“Antes yo...usaba ropa mucho más suelta porque obviamente uno tiende a pensar que si se pone ropa bien suelta se va a ver más delgada, y ahora me he dado cuenta que entre ropa más suelta me veo más gorda, entonces trato de que sea algo más término medio-se fija- y además que ya no pienso que estoy como tan gorda para usar cosas así tan sueltas, antes tendía a tener un poco de vergüenza en las tallas, los pantalones siempre eran 48 y ahora tengo 46, incluso he bajado una talla” Elaine.

En los hombres se reflejó el efecto en la disminución de la *Circunferencia abdominal*. Uno de los participantes expresó al respecto lo siguiente: “*Estoy contento porque bajé y no me he privado mucho, he disminuido las comidas, si antes eran dos platos, ahora un plato, pero...mantener el training e ir bajando paulatinamente*”. Isidro. Estos resultados difieren de los reportados por una intervención dirigida a personas con factores de riesgo cardiovascular realizada por enfermeras en Australia, durante un periodo de 12 meses que no encontró diferencias significativas en los grupos control y experimental, en cuanto a IMC y CA (243).

Uno de los elementos utilizados en la consejería, que pudo haber motivado el efecto de disminución en las medidas antropométricas anteriormente descritas, fue el uso del podómetro. Dando respuesta con el uso del podómetro a lo encontrado en la medición basal, respecto a que las principales razones señaladas para no controlar el peso: no tener voluntad suficiente y no saber cómo hacerlo. Este instrumento es utilizado para medir e incrementar la actividad física en las personas con enfermedades cardiovasculares ya que brinda resultados precisos y contribuye con la presión arterial porque la persona lleva el control de su actividad, medida por la cantidad de pasos (253). Esto contribuyó con la práctica constante de la actividad física, motivada por alcanzar la meta de los 10.000 pasos diarios, la cantidad de pasos se fue incrementando de manera moderada, de acuerdo con diagnóstico previo de un mes realizado para cada usuario/o. Tomando en consideración que las personas sedentarias que inician un programa de actividad física deben comenzar con actividades de corta duración y de moderada intensidad, incrementando gradualmente estos dos parámetros hasta lograr la meta deseada (219). Aunado a lo anterior, una investigación realizada en los centros de salud del Reino Unido, confirmó la importancia de utilizar el podómetro en intervenciones en atención primaria, ya que conduce a un aumento en la actividad física de los/as usuarios/as; pero destacan que es requerido el apoyo social por parte del profesional de la salud y que la persona haya identificado su disposición para implementar cambios en su actividad física cotidiana (254).

Los indicadores de salud física *Presión arterial sistólica y diastólica* para las mujeres participantes en el estudio no reflejó diferencia significativa entre la magnitud de los cambios del pre y pos-test del grupo experimental respecto al control. Una intervención de enfermería realizada con personas hipertensas, con una duración de 6 meses tampoco encontró diferencias significativas entre los grupos control y experimental (255). Un ensayo clínico llevado a cabo en diferentes ciudades los Estados Unidos, desarrolló una intervención en estilo de vida para el control de la presión arterial por 18 meses en personas hipertensas, demostrando que en este periodo de tiempo se logran cambios significativos en la presión arterial sistólica y diastólica (256). Por lo tanto, los resultados obtenidos en los niveles de presión arterial de las mujeres participantes en esta investigación evidencian la necesidad de prolongar el tiempo de intervención de enfermería.

A diferencia de las mujeres, los hombres en las variables *Presión sistólica y Presión diastólica* si reflejaron disminución en los parámetros, como efecto atribuible a la intervención. Una intervención realizada en España durante 6 meses, dirigida a personas con exceso de peso e hipertensión; los niveles de presión al inicio eran similares en ambos grupos, siendo la reducción de presión mayor en el grupo de intervención intensiva, sin alcanzar significación, aunque en los hombres, la diferencia si fue significativa. Lo que se puede analizar desde la función biológica por las diferencias de sexo y la función social, porque los hombres reciben el apoyo familiar, sobre todo de su pareja, que empieza a modificar la forma de cocinar y los patrones alimenticios, en cambio en las mujeres sucede que tiene que cocinarse diferente a lo que cocina al resto de su familia, ya que ellos le señalan que no están de acuerdo en someterse a su dieta (216).

En una revisión sistemática de la literatura, donde se revisaron siete artículos referentes a medir el cambio en la presión arterial, posterior a una intervención de enfermería para la reducción de factores de riesgo cardiovascular en adultos, se encontró en seis de ellos una disminución significativa de la presión arterial en el grupo experimental a los 12 meses de intervención (127). Cabe destacar que una

intervención durante un periodo de un año dirigido a reducir el riesgo cardiovascular en personas con hipertensión produjo un descenso de la presión sistólica de 9,72 mmHg y en la presión diastólica de 3,84 mmHg (117). En la presente investigación el efecto atribuible a las cifras de disminución de la presión arterial sistólica y diastólica en los hombres, fueron mayores a las encontradas en el estudio español (117). En cambio una investigación canadiense realizó durante un año una intervención sobre los factores de riesgo cardiovascular en usuarios/as de atención primaria y obtuvo un efecto positivo en la presión diastólica, la cual disminuyó en el grupo experimental con respecto al grupo control de manera significativa (227).

Recientemente, investigadoras españolas recomiendan que las intervenciones de enfermería en atención primaria que incorporan la medición de la variable presión arterial, deben implementar la técnica de Monitoreo Ambulatorio de la Presión Arterial (MAPA), la cual consiste en comprobar la situación real de la presión arterial en 24 h y analizar el patrón circadiano, lo que implica en la práctica clínica poder llevar a cabo una estrategia y abordaje integral tanto en cuidados del estilo de vida como en adherencia al tratamiento (257), dicha técnica puede influir en la obtención de mejores resultados al intervenir sobre la presión arterial.

Se observó para perfil lipídico en las mujeres participantes en grupo experimental, reducción significativa con respecto al grupo control en los indicadores: *Col-total*, *Col-LDL* y *CT/HDL* entre las mediciones pre y pos-test. El efecto significativo atribuible a la intervención realizada a los hombres participantes, fue disminución en el *Col-total*, *Col-LDL*, *CT/HDL* y *Riesgo coronario a 10 años*. Estos resultados obtenidos en el perfil lipídico reafirman la importancia de lo manifestado por enfermeras austriacas, sobre la necesidad de que las intervenciones deben mejorar la percepción del riesgo al incluir discusiones sobre los factores de riesgo invisibles como lo son: niveles alterados en los parámetros de colesterol, ya que las personas tienden a subestimar importancia de los factores de riesgo que no son visibles (258). Se observa que las personas participantes con las medidas incorporadas en su estilo de vida, a partir de la vivencia de sus expectativas de cambio, incorporaron

estrategias que incluían una alimentación saludable y mayor práctica de actividad física.

Mientras que en una investigación realizada por autores holandeses, se observó un efecto positivo en las cifras de colesterol total en una intervención telefónica y por internet durante 6 meses, dirigido a mejorar los estilos de vida de adultos trabajadores. Sin embargo, en las variables circunferencia abdominal, presión arterial, peso e IMC no encontraron significancia estadística (119). En una intervención estadounidense realizada con personas adultas con factores de riesgo cardiovascular, con una duración de un año, encontraron diferencias significativas únicamente en el colesterol total; ya que las variables Col-HDL, Col-LDL, TG, Presión sistólica y diastólica no presentaron cambios de manera significativa (259), sin embargo, autores canadienses observaron en una intervención realizada durante el mismo periodo, en personas del servicio de atención primaria solo efectos significativos en la disminución de los niveles de Col-LDL comparados con el cuidado tradicional otorgado por el servicio de salud (227).

Autores españoles mostraron una disminución del riesgo coronario absoluto en una intervención de un año dirigida a reducir el riesgo cardiovascular en personas con hipertensión (117); al igual que los resultados de la intervención de la presente investigación, donde se evidenció un efecto en la disminución del riesgo coronario a 10 años solo en los varones, en un periodo de 7 meses.

Los triglicéridos no mostraron magnitud en el cambio en ninguno de los dos grupos, dicho resultado se asemeja con el reportado por enfermeras australianas, donde los triglicéridos al cabo de 12 meses no mostraron significancia estadística (243).

En la presente investigación los cambios implementados en el estilo de vida de mujeres y hombres participantes, favorecieron el efecto positivo obtenido en los indicadores de salud física estudiados. Los resultados que se obtuvieron en este estudio evidencian lo descrito por investigadoras holandesas, que indican que la mayoría de intervenciones multifactoriales en estilos de vida tienen efectos beneficiosos en las prácticas y modos de vida, tal como: mejora de hábitos de

alimentación e incremento de la actividad física; lo cual se refleja en efectos favorables en los indicadores de salud física. Esto previene la aparición de enfermedades cardiovasculares y/o mortalidad provocada por estas enfermedades (140).

A pesar del efecto positivo que produjo esta intervención de enfermería en las mujeres y los hombres participantes, lo recomendable es contar con más de siete meses de tiempo para desarrollar este tipo de intervenciones y establecer este tipo de cuidado de enfermería como un proceso continuado a través del tiempo; tal y como lo manifiestan autores canadienses, mencionan que un año es limitado para observar cambios en los factores de riesgo cardiovascular (227), en la misma línea otros autores indican que 9 meses de duración de una intervención se considera poco tiempo para evaluar resultados (229).

Sin embargo, se lograron cambios importantes que auguran mayores efectos con el desarrollo continuado de esta intervención; la cual se realizó de manera presencial y telefónica, basada en una teoría de Enfermería; que presenta como factores de diferenciación con respecto a la consulta tradicional, ser **más flexible**, al adaptarse a las expectativas de cambio de cada usuario/a y a las necesidades que esto genere para trabajar desde Enfermería; **más atractiva**, porque la Consejería contó con una línea gráfica característica en todo el material que se utilizó (carpetas, cuaderno de trabajo, imán para tener presente la fecha y hora de atención, lápiz de trabajo personalizado, entre otras), lo cual genera identificación en el/la usuario/a; una metodología de software interactiva que contribuyó a desarrollar las temáticas de interés para la persona usuaria, una atención personalizada que fortaleció autoeficacia en cada usuario/a, reconoció y respetó sus expectativas de cambio, desarrollada dentro de un ambiente agradable y acogedor; **más comfortable**, porque fortaleció el apoyo social, al brindar acompañamiento en la comprensión y manejo de su padecimiento, en la adherencia al tratamiento y en la motivación para realizar cambios en el estilo de vida; brindando opciones viables para mejorar su autocuidado. Lo que se traduce en satisfacción usuaria; **más conveniente**, porque las personas usuarias de este servicio recibieron un cuidado de Enfermería

ajustado a las expectativas de cambio particulares (no estandarizado), desde su mirada priorizaron qué desean trabajar para cambiar en su estilo de vida y el profesional de enfermería entregó herramientas para el cambio desde esta perspectiva, lo cual generó motivación al cambio de conductas en salud. Además, la Consejería propuesta permitió tener una continuidad del seguimiento por la/el profesional de Enfermería de carácter mensual durante 7 meses. **Más económica al mediano y largo plazo**, se calculó un valor de \$200.000 (doscientos mil pesos chilenos) por cada persona que recibe las 15 sesiones de Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica en salud cardiovascular. Se muestra a continuación el detalle del costo en la tabla 61:

Tabla 61. Valor por persona de la Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica en Salud Cardiovascular

	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5	Sesión 6	Sesión 7	Sesión 8	Sesión 9	Sesión 10	Sesión 11	Sesión 12	Sesión 13	Sesión 14	Sesión 15	Total Sesiones
Hora Profesional Enfermería	15.000	15.000	15.000	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	182.500
Cuaderno	3.500															3.500
Podómetro	5.000															5.000
Lápiz	350															350
Imán	569															569
Software	8.000															8.000
Total	32.419	15.000	15.000	6.500	6.500	6.500	6.500	6.500	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	199.919

Tomando en consideración que las personas al tener mayor conocimiento, al fortalecer autoeficacia y apoyo social, tendrán mayor adherencia al tratamiento y mejor calidad de vida relacionada con salud, lo que se reflejará en niveles de hipertensión <140/90mmHg, Colesterol Total <200, Col-HDL \geq 40, Col-LDL <100, IMC <30 y un bajo factor de riesgo cardiovascular. Esto contribuye al cumplimiento de metas sanitarias de los CESFAM, a reducir y prevenir días de hospitalización en los servicios de urgencias o unidades de cuidados intensivos por descompensación de la hipertensión, infartos o accidentes cerebrovasculares; investigadores chilenos han reportado que el éxito en el control de la presión arterial ha sido decepcionante; ya que se ha reportado un control satisfactorio de la presión arterial sólo en un 30% a 45% de la población hipertensa; entre los factores responsables se menciona la falta de programas que involucren el manejo comprensivo de la persona con hipertensión (recomendaciones dietéticas, ejercicio físico, tabaquismo, entre otras) como parte de la atención clínica rutinaria (260). En este sentido autores

canadienses señalan que es más efectiva la consejería presencial que la consejería telefónica o la tradicional para reducir factores de riesgo cardiovascular (227). En esta misma línea, en Holanda se ha investigado que el contacto regular con las personas participantes en el estudio muestra ser beneficioso especialmente a largo plazo (129). En cuanto a que las intervenciones no solo deben brindar información, sino que tienen que mejorar la percepción de riesgo, incluyendo los valores y creencias socio-culturales (258). Un ejemplo de lo citado lo constituye, la vivencia de una de las participantes de la intervención que al inicio de la consejería estaba sumamente angustiada porque era viuda y cuando le entregaron el diagnóstico de hipertensión y dislipidemia, no comprendió a lo que se refería y empezó a tener alteraciones en el sueño y el estado de ánimo porque pensaba que iba a morir y sus hijos iban a quedar huérfanos. Al recibir orientación al respecto, bajo sus niveles de ansiedad y pudo tomar control sobre el cuidado de su salud. Además, otro aspecto a considerar es lo señalado por una investigación española, que indica que más del 20% de las personas con hipertensión se considera libre de cualquier problema de salud, lo que debe alertar a los/as profesionales en el sentido de la importancia de reforzar la educación de dichos usuarios (261).

Lo anterior, es congruente con lo propuesto desde el año 94, por una investigación realizada en la región de Biobío, Chile, que señala que la consejería personalizada es una buena estrategia, que debe incorporar la Enfermería para lograr cambios conductuales en personas con enfermedades crónicas (138).

Estudios muestran que existen beneficios innegables de la intervención educativa en enfermería para la reducción de la probabilidad de hospitalización y muerte por infarto cardiovascular (229).

Es por este motivo, que los estudios demuestran que los gastos que pueda implicar para la atención primaria la ejecución de una consejería de enfermería de esta índole, se compensa con el ahorro que implica principalmente al sector hospitalario. En general, es más eficaz y no es más caro ofrecer esta promoción de la salud en la comunidad y atender desde la prevención. Intervenciones como esta en la atención primaria permiten un uso más eficiente de recursos (227). Se pudo

comprobar a través de los diálogos que la consejería de enfermería no solo tiene beneficiarios directos, sino que también se generan una serie de beneficiarios indirectos del servicio porque las orientaciones realizadas en la consejería son transmitidas a las personas cercanas en la vida de la usuaria/o:

“...en mi hogar ha cambiado mucho la forma de alimentarnos también, gracias a esto que estoy acá viniendo a aprender, he disminuido la sal, hemos comido menos cantidad de comida, la comida chatarra se ha ido y ya no es tan constante como antes, antes éramos todos de día por medio, todas las semanas comida chatarra. Mi hijo también, ya está acostumbrado a comer ya casi sin sal, y en realidad todos, mi esposo también” Leda.

Este es un aspecto positivo a contemplar dentro de los cálculos económicos para la implementación de la misma.

Se indican tres razones que hacen que la prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares sea un elemento imprescindible en la práctica asistencial: 1) las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de mortalidad a nivel mundial y las cifras continúan en aumento; 2) el largo período de asintomático de la aterosclerosis provoca en muchas ocasiones que su primera manifestación sea un evento como el infarto al miocardio o el accidente cerebral, los cuales pueden ser mortales y 3) el control de los factores de riesgo cardiovasculares porque conduce a un descenso en la incidencia de dichas enfermedades (262). En este sentido, las/os enfermeras/os tienen una posición estratégica para evaluar la exactitud de la percepción del riesgo en la prestación de la educación y el asesoramiento de estrategias, y esto debe ser un paso importante en el desarrollo de planes eficaces de atención de enfermería (258).

7. CONCLUSIONES

En relación a la presente investigación, se concluye:

Respecto de la calidad de vida relacionada con salud:

- Comparación al interior de cada grupo:

Las mujeres del grupo experimental, presentaron aumento significativo con respecto al grupo control, en los puntajes de todas las dimensiones que integran tanto el componente de salud física (función física, rol físico, salud general y función física) como el componente de salud mental (rol emocional, función social, salud mental y vitalidad). En el caso de los hombres del grupo experimental, solamente el componente de salud física aumentó de manera significativa con respecto al grupo control. En cuanto a las dimensiones, obtuvieron aumento significativo salud general, función física y salud mental.

- Comparación entre grupos:

En las mujeres participantes de la intervención se encontró aumento significativo entre el pre y pos-test del grupo experimental con respecto al control en los puntajes de los componentes que conforman la calidad de vida relacionada con salud: el componente de salud física y el componente de salud mental.

En los hombres, solamente se presentó aumento significativo entre el pre y pos-test del grupo experimental con respecto al control, en la dimensión rol físico, que integra el componente de salud físico y en la dimensión rol emocional, una de las que conforma el componente de salud mental.

Respecto a la percepción de autoeficacia general:

- Comparación al interior de cada grupo:

En las mujeres participantes en ambos grupos, control y experimental, hubo aumento significativo en el puntaje de autoeficacia general; a diferencia de los hombres, donde el grupo experimental aumentó los puntajes entre el pre y pos-test con respecto al grupo control, sin embargo, no alcanzó significancia estadística.

- Comparación entre grupos:

Aunque existió aumento en los puntajes obtenidos de la autoeficacia general en las mujeres y en los hombres participantes en el estudio, la magnitud del cambio no alcanzó niveles de significancia estadística.

Respecto a la percepción de apoyo social percibido:

- Comparación al interior de cada grupo:

Las mujeres participantes en el grupo experimental mostraron un aumento altamente significativo en el puntaje de apoyo social percibido con respecto al grupo control, entre la medición pre y pos-test. En el caso de los hombres existió un leve aumento en el puntaje en el grupo experimental con respecto al control, entre la medición pre y pos-test, sin embargo, no alcanzó niveles de significancia estadística.

- Comparación entre grupos:

Aunque existió aumento en los puntajes obtenidos de apoyo social percibido en las mujeres y en los hombres participantes en el estudio, la magnitud del cambio no alcanzó niveles de significancia estadística.

Respecto a los indicadores de salud física:

- Comparación al interior de cada grupo:

En las mujeres del grupo experimental se presentó reducción altamente significativa con respecto al grupo control en las medidas antropométricas: peso, circunferencia abdominal e IMC y en el perfil lipídico: colesterol total, Col-LDL, LDL/HDL, CT/HDL y Riesgo Coronario a 10 años, entre las mediciones pre y pos-test. Sin embargo, la presión arterial diastólica, disminuyó significativamente en ambos grupos.

En cuanto a los hombres del grupo experimental se presentó reducción significativa con respecto al grupo control en la presión sistólica, en las medidas antropométricas: peso, circunferencia abdominal e IMC y en el perfil lipídico: colesterol total, Col-LDL, LDL/HDL, CT/HDL y Riesgo Coronario a 10 años, entre

las mediciones pre y pos-test. Al igual que lo sucedido con las mujeres, la presión arterial diastólica, disminuyó de manera significativa en ambos grupos.

- Comparación entre grupos:

Se observó en las mujeres del grupo experimental disminución significativa con respecto al grupo control en los indicadores de salud física: peso, circunferencia abdominal, colesterol total, col-LDL y CT/HDL, entre la medición pre y pos-test. En el caso de los hombres, se refleja como efecto atribuible a la intervención realizada, disminución en: la presión arterial sistólica y diastólica, la circunferencia abdominal, el colesterol total, el Col-LDL, CT/HDL y Riesgo Coronario a 10 años.

Respecto a la experiencia de vivir con expectativas de cambio:

La experiencia de vivir con expectativas de cambio para las personas participantes está relacionada con visibilizar la realidad de salud, integrando lo físico y psicológico, a través de un proceso interactivo de cuidado con acción comunicativa, donde se establecen alianzas que generan compromisos personales que contribuyen a enfrentar las divergencias, lo cual requiere esfuerzo y perseverancia para realizar acciones innovadoras que permitan adaptarse a las condiciones de salud que se van presentando. Dicho conocimiento, permite a la disciplina generar levantamiento empírico acerca de este fenómeno universal de vida relacionado con la calidad de vida y la salud, así como brindar herramientas útiles para incorporar al cuidado de enfermería.

Respecto a la consejería presencial y telefónica:

- Se comprobó la necesidad de dedicar a la consulta de enfermería entre 45 a 60 minutos, con el fin de aclarar todas las dudas del usuario/a y comprobar la comprensión de los temas relacionados con su estado de salud.
- Se evidenció la importancia de establecer una consulta interactiva, que establezca un vínculo de confianza y escucha activa con el usuario/a, de

manera que sienta el apoyo del profesional de enfermería en su proceso de salud.

- Un aspecto que causó motivación e interés para la permanencia en la consejería durante los siete meses y facilitó la adherencia de conductas saludables, fue la incorporación de las expectativas de cambio de cada usuario/a en el proceso de cuidado de enfermería.

8. LIMITACIONES

La investigación desarrollada logró dar respuesta a los objetivos propuestos y cumplir con el cronograma de actividades presentadas originalmente, sin embargo, deben destacarse algunos de los inconvenientes presentados:

1. Selección de participantes que cumplieron requisitos de inclusión: imprecisión en los datos entregados por los CESFAM, en cuanto a domicilio, estado actual de salud y números telefónicos, lo que hizo que el reclutamiento requiriera mayor trabajo.
2. Las dificultades propias de trabajar con seres humanos: aunque la agenda se estableció con una semana de anticipación, a menudo se presentaron cambios, debido a que los/as usuarios/as tuvieron imprevistos que provocaron la reprogramación de la agenda. En algunos casos esto requirió la búsqueda de un espacio físico alternativo para atender, ya que con el espacio que se contó, el horario era restringido.
3. Instrumentos utilizados para medir percepción de autoeficacia y apoyo social: las escalas que se emplearon para la medir dichas variables, otorgaron puntajes elevados desde la medición basal, lo cual dificultó la medición de los cambios en la comparación pre y post-test. Se observó disonancia entre el puntaje obtenido en la medición basal con las conductas manifestadas durante el desarrollo de la consejería. Asimismo, los instrumentos que se utilizaron no cuantifican el apoyo social que brinda el profesional de enfermería ni la autoeficacia en el manejo de la enfermedad crónica.

4. Cuando había que elegir las variables para la homologación no se incluyó el colesterol total.
5. Se reconoce la existencia como factor de riesgo la aterosclerosis y con ello los factores de riesgo emergentes: concentraciones elevadas de apolipoproteína B, apolipoproteína A-1, LDL pequeñas y densas, LDL oxidada, Lopoproteína (a), Proteína C reactiva de alta sensibilidad y disminución en la vitamina D (263), sin embargo por tiempo y recurso económico no fueron medidas en esta investigación.



9. SUGERENCIAS

Frente a los resultados presentados se hace necesario brindar recomendaciones en los tres ámbitos que fundamentaron la investigación: el social, el profesional y el disciplinar.

EN LO SOCIAL: A Proveedores de Salud

- El Programa de Salud Cardiovascular debe incorporar un enfoque diferenciado por sexo y género, y enfatizar en las mujeres posmenopáusicas.
- Incorporar a la provisión del Programa de Salud Cardiovascular al ingreso del usuario/a, el fortalecimiento de la autoeficacia, el apoyo social y expectativas de cambio, en lo relacionado a las vivencias personales en salud, gustos, tratamiento, etc.
- Dirigir el desarrollo de acciones específicas encaminadas al monitoreo continuo de los indicadores de PA, medidas antropométricas y perfil lipídico a los usuarios/as con mayor riesgo para una detección temprana y tratamiento oportuno y ofrecer alternativas innovadoras para el control de los factores de riesgo cardiovascular.
- Gestión de recursos necesarios que favorezcan la salud y el trabajo en red con otras disciplinas y otros sectores, como el académico representado en los diferentes programas de postgrado; con el fin de facilitar procesos que contribuyan a la transferencia de conocimientos y el diseño de estrategias que disminuyan la dificultad que enfrentan los/as usuarios/as para adherirse a conductas saludables.
- Necesidad de instaurar como procesos continuos de atención de salud, intervenciones innovadoras tipo Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica en salud cardiovascular en atención primaria. Esta Consejería debe ser desarrollada en un espacio físico que cuente con las características apropiadas como buena iluminación, asientos agradables, equipamiento necesario, libre de exceso de ruido e interrupciones, en un tiempo no menor a 45 minutos, de modo que la persona usuaria se sienta

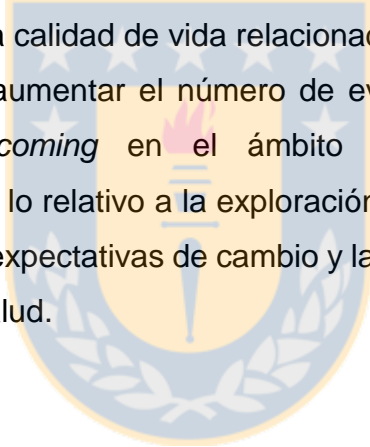
apoyada, que se le resuelven sus dudas y que se establece un vínculo de confianza.

EN LO PROFESIONAL: A enfermeros y enfermeras

- Una atención de Enfermería en salud cardiovascular que gestione los cuidados desde la comprensión y particularidad de cada usuario/a desde la verdadera presencia, que incluya los indicadores tradicionales del Programa de Salud Cardiovascular, incorporando además el mejoramiento de la calidad de vida relacionada con salud, el fortalecimiento de la autoeficacia, el apoyo social y el conocimiento de las expectativas de cambio; con el fin de diseñar estrategias que puedan incidir de forma más efectiva a la adopción de cambios en la población con factores de riesgo cardiovascular que acude a los Centros de Salud.
- Es necesario otorgar oportunidades de capacitación para que el/la profesional de Enfermería cuente con conocimientos y habilidades específicas para desarrollar una intervención innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica en Salud Cardiovascular en Atención Primaria.
- El/la profesional de Enfermería en salud cardiovascular debe atreverse a innovar, es decir introducir nuevos servicios o mejorar los existentes de manera significativa, de modo que contribuya con respuestas al sistema de salud sobre los nuevos retos y necesidades que el entorno cambiante y la globalización imponen.
- La Intervención Innovadora: Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica en Salud Cardiovascular en Atención Primaria, debe ser un proceso continuado para mantener los beneficios obtenidos, en siete meses logra disminuir: medidas antropométricas y niveles en el perfil lipídico en mujeres y hombres. En hombres también disminuyó mmHg en presión arterial sistólica y diastólica. Los hallazgos del estudio y la revisión de la literatura recomiendan que para lograr disminuir niveles de presión arterial en mujeres, la Consejería debe desarrollarse por al menos, 18 meses.

EN LO DISCIPLINAR

- Una formación académica que aumente el conocimiento en la aplicación de las teorías de Enfermería, incluya la enseñanza del pensamiento innovador en los cuidados de Enfermería y desarrolle habilidades para la ejecución de consejerías de Enfermería.
- La necesidad de incentivar la investigación en salud cardiovascular, con el fin de que la atención que la/el enfermera/o brinda en esta área, esté guiada por el conocimiento específico de la disciplina de Enfermería, al articular la práctica con la teoría.
- Se requiere profundizar en estudios mixtos que incorporen mayor cantidad de variables y fenómenos de estudio en la temática de salud cardiovascular, a objeto de implementar intervenciones innovadoras que contribuyan con el mejoramiento de la calidad de vida relacionada con salud.
- La necesidad de aumentar el número de evidencia en la aplicación de la Teoría *Humanbecoming* en el ámbito de la salud cardiovascular, particularmente en lo relativo a la exploración de los fenómenos universales de vida, como las expectativas de cambio y la influencia en la calidad de vida relacionada con salud.



10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de la salud en las Américas. Washington D.C.: OPS; 2007. (Documento de Posición de la OPS/OMS).
2. Organización Mundial de la Salud. Global status report on non-communicable diseases. Edición 2010. Geneva: WHO; 2011.
3. Jova R, Rodríguez A, Díaz A, Balcindes S, Sosa I, De Vos P et al. Modelos de atención a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles en Cuba y el mundo. MEDISAN. 2011; 15(11):1609-20.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud más necesaria que nunca. Ginebra [Suiza]: OMS; 2008.
5. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. Health Aff. 2001; 20(6):64-78.
6. Rodríguez-Artalejo F, Banegas JR, Guallar-Castillón P. Epidemiology of Heart Failure. Rev Esp Cardiol. 2004; 57(2):163-70.
7. Ministerio de Salud, Pontificia Universidad Católica de Chile, Universidad Alberto Hurtado. Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010. Santiago, Chile: Ministerio de Salud, Pontificia Universidad Católica de Chile; 2011.
8. Grupo Ad Hoc de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles/ Comisión De Vigilancia En Salud/ Mercosur. Primer Reporte de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles (ENT) 2011. Situación Epidemiológica de las ENT y Lesiones en Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay. Chile: Unidad de Estudios y Vigilancia de Enfermedades no Transmisibles del Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud de Chile; 2011. 47p.
9. Escobar M, Obreque A. Implementación del enfoque de riesgo en el Programa de Salud Cardiovascular. Chile: Ministerio de Salud Chile; 2010.

10. Tellez A. Atención primaria: factor clave en la reforma al sistema de salud. Chile: Departamento de Medicina Familiar, Facultad Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile; 2006.
11. Gobierno de Chile. Metas 2011-2020. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Santiago [Chile]: Gobierno de Chile; 2011.
12. Beratarrechea A. Actualización: Las enfermedades crónicas (Segunda parte). EVIDENCIA-Actualización en la Práctica Ambulatoria. 2010; 13(3): 112-5.
13. Thomson H, Hoskins R, Petticrew M, Craig N, Quinn T, Lindsay G, Ogilvie D. Evaluating the health effects of social interventions. BMJ. 2004; 328 (7434): 282-85.
14. International Council of Nurses (ICN). Health Systems Strengthening: working together to achieve more. Report 2007-2009. Geneva: ICN; 2010.
15. Valdés P. Innovaciones organizativas en atención primaria: líneas de futuro comunicada en las XI Jornadas de Medicina de Familia y Comunitaria; 14-15 de mayo de 2009; Vitoria-Gasteiz, España.
16. Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. Health Aff. 2009; 28(1):75-85.
17. Moreno ME. Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería: experiencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de La Sabana. Aquichan. 2005; 5(1): 44-55.
18. Guevara B, Evies A, Rengifo J, Salas B, Manrique D, Palacio C. Nursing care: an integrating vision in times of crisis. Enfermería Global [Internet]. 2014 [citado 22 de julio 2014]; 13(1): 318-35. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n33/en_ensayo2.pdf
19. Plummer M, Molzahn A. Quality of life in Contemporary Nursing Theory. A Concept Analysis. Nurs Sci Q. 2009; 22(2) 134-149.

20. Parse R. The human becoming school of thought: A perspective for nurses and other health professionals. Thousand Oaks, California: SAGE Publications; 1998.
21. Krieger N. A glossary for social epidemiology. *J Epidemiol Community Health*. 2001; 55(10): 693-700.
22. Lau-Walker M. Relationship between illness representation and self-efficacy. *J Adv Nurs*. 2004; 48(3): 216-25.
23. Lira MT, Kunstmann S, Caballero E, Guarda E, Villarroel L et al. Prevención cardiovascular y actitud de cambio frente a los factores de riesgo: un análisis crítico del estado actual. *Rev Med Chil*. 2006; 134(2): 223-30.
24. International Council Nurses. Las enfermeras: Una fuerza para el cambio. Un recurso vital para la salud. Ginebra, Suiza: International Council Nurses. 2014. 70 p.
25. Jurado L, Uribe M, Montoya A, Otálvaro C, Quintana M. Factores de riesgo cardiovascular en docentes Universitarios. *Med UPB*. 2006; 25(2): 185-98.
26. Morrow M. Feeling unsure: A universal lived experience [tesis doctoral]. [Chicago (USA)]: Universidad de Loyola; 2006.
27. Organización Mundial de la Salud. Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial. Washington D.C.: OPS; 2008. (61ª Asamblea Mundial de la Salud).
28. Rebollo P, Fernández-Vega F, Ortega F. La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos con hipertensión arterial. *Hipertensión*. 2001; 18(9): 429-39.
29. Gilliss C, Gortner S, Shinn J, Sparacino P, Tompkins C. A randomized clinical trial of nursing care for recovery form cardiac surgery. *Heart & Lung*. 1998; 22(2): 125-33.
30. Nuño R. Atención innovadora a las condiciones crónicas: más necesaria que nunca. *RISAI*. 2009; 1(3): 1-8.

31. Da Silva I, Melo S, Castanheira L. Red y apoyo social en enfermería familiar: Revisión de conceptos. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2008; 16(2): 324-27.
32. Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, Kinmonth AL, Sandercock P, Spiegelhalter D et al. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ*. 2000; 321(7262): 694-96.
33. Carljford S, Nilsen P, Leijonn M, Andersson A, Johansson K, Bendtsen P. Computerized lifestyle intervention in routine primary health care: Evaluation of usage on provider and responder levels. *Patient Educ Couns*. 2009; 75(2): 238-43.
34. Vinaccia S, Orozco L.M. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *DIVERSITAS*. 2005; 1(2): 125–37.
35. Fawcett J. *Contemporary Nursing Knowledge. Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. 2ed. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2005.
36. Penque S, Snyder M. Presencia. En Snyder M, Lindquist R. *Terapias Complementarias*. México: Manual Moderno; 2011.
37. Parse R. *Hope: An International Human Becoming Perspective*. U.S.A: Jones and Bartlett Publishers, Inc and National League for Nursing; 1999.
38. Nan Y. *Living with Changing Expectations: Research on Human Becoming*. [tesis doctoral]. [Chicago (USA)]: Universidad de Loyola; 2004.
39. Gordon H, Guyatt MD. Measurement of Health-Related Quality of Life in Heart Failure. *JACC*. 1993; 22 (4, Suplemento A): 185A-91A.
40. Mena FJ, Martín JC, Simal F, Bellido J, Carretero JL. Diabetes mellitus tipo 2 y calidad de vida relacionada con la salud: resultados del Estudio Hortega. *An Med Interna*. 2006; 23(8): 357-60.
41. Schwartzmann, L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Cienc. enferm*. 2003; 9(2): 9-21.
42. Bulpit CJ. Quality of life as an outcome measure. *Postgrad Med J*. 1997; 73 (864): 613-6.

43. Patrick D, Erickson P. Health Status and health policy: quality of life in health care evaluation and resource allocation. New York: Oxford University Press; 1993.
44. Naughton MJ, Shumaker, Anderson RT, Czajkowski SM. Psychological aspects of health-related quality of life measurement: tests and scales. Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials. 2ed. New York: Lippincott-Raven; 1996.
45. Ruiz MA, Pardo A. Calidad de vida relacionada con la salud: definición y utilización en la práctica médica. Pharmacoeconomics. 2005; 2(1): 31-43.
46. Soto Álvarez J. Incorporación de estudios de calidad de vida relacionada con la salud en los ensayos clínicos: bases y recomendaciones prácticas. Uso de una lista-guía para su correcto diseño y/o evaluación. An Med Interna. 2003; 20(12): 633-44.
47. Salazar A. Calidad de vida en parejas durante las etapas de climaterio femenino y masculino [tesis doctoral]. [Concepción (CH)]: Universidad de Concepción; 2011.
48. Badia Llach X, Lizán Tudela L. Estudios de Calidad de Vida. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, eds. Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica. Barcelona, España: Harcourt/Brace; 2003.
49. Ramírez R. Calidad de vida relacionada a la salud como medida de resultados en salud: revisión sistemática de la literatura. Rev Colomb Cardiol. 2007; 14(4): 207-22.
50. Curto S, Prats O, Ayestarán R. Investigación sobre factores de riesgo cardiovascular en Uruguay. Rev Med Uruguay. 2004; 20(1): 61-71.
51. Organización Mundial de la Salud. The World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: WHO; 2002. 320 p.
52. Lobos JM, Brotons C. Factores de riesgo cardiovascular y atención primaria: evaluación e intervención. Aten Primaria. 2011; 43(12): 668-77.

53. Ivanova R. Factores de riesgo cardiovascular y tratamiento hipolipemiante en la enfermedad cerebrovascular, cardíaca y periférica [tesis doctoral]. [España]: Universidad de Granada; 2007.
54. Zimmermann M, González MF, Galán I. Perfiles de exposición de riesgos cardiovasculares según la ocupación laboral en la comunidad de Madrid. *Rev Esp Salud Publica*. 2010; 84(3): 293-308.
55. Mosca L, Barrett-Connor E, Kass N. Sex/Gender Differences in Cardiovascular Disease Prevention What a Difference a Decade Makes. *Circulation*. 2011; 124(19): 2145–54.
56. Arain F, Kuniyoshi F, Abdalrhim A, Miller V. Sex/Gender Medicine: The biological basis for personalized care in cardiovascular medicine. 2009; 73(10): 1774-82.
57. Anchique, C. Enfermedad cardiovascular en la mujer. *Revista Colombiana de Cardiología*. 2011; 18(4): 177-82.
58. Rubinstein A, Colantino L, Bardach A, Caprorale J, García S, et al. Estimación de la carga de las enfermedades cardiovasculares atribuible a factores de riesgo modificables en Argentina. *Rev Panam Salud Publica*. 2012; 27(4):237-45.
59. Mosca L, Benjamin E, Berra K, Bezanson J, Rowena J. Dolor R et al. Effectiveness-Based Guidelines for the Prevention of Cardiovascular Disease in Women—2011 Update: A Guideline From the American Heart Association. *Circulation*. 2011; 123(11): 1243–62.
60. Pérez-Noriega E, Soriano-Sotomayor M, Lozano-Galindo V, Morales ML, Bonilla LM et al. Factores de riesgo cardiovascular en población adulta aparentemente sana de la ciudad de Puebla. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 2008; 16(3): 87-92.
61. Masson W, Siniawski D, Krauss J, Cagide A. Aplicabilidad clínica de la función de Framingham a 30 años. Utilidad en la estratificación del riesgo cardiovascular y en el diagnóstico de placa aterosclerótica carotídea. *Rev Esp Cardiol*. 2011; 64(4): 305-11.

62. Moreno MI. Circunferencia de cintura: una medición importante y útil del riesgo cardiometabólico. *Rev Chil Cardiol* 2010; 29(1): 85-87.
63. Escribano A, Vega AT, Lozano JE, Álamo R, Castrodeza JJ, Lleras S. Dislipidemias y riesgo cardiovascular en la población adulta de Castilla y León. *Gac Sanit.* 2010; 24(4): 282-87.
64. Zhang Y, Tuomilehto J, Jousilahti P, Wang Y, Antikainen R, Hu G. Total and high-density lipoprotein cholesterol and stroke risk. *Stroke.* 2012; 43(7):1768-74.
65. Acevedo M, Krämer V, Tagle R, Corbalán R, Arnaíz P, Berríos X et al. Relación colesterol total a HDL y colesterol no HDL: los mejores indicadores lipídicos de aumento de grosor de la íntima media carotídea. *Rev. méd. Chile.* 2012; 140(8): 969-76.
66. Millan J, Pintó X, Muñoz A, Zúñiga M, Rubiés-Prat J, Pallardo LF et al. Cocientes lipoproteicos: significado fisiológico y utilidad clínica de los índices aterogénicos en prevención cardiovascular. *Clin Invest Arterioscl.* 2010; 22(1): 25-32.
67. Arocha JI, Ponte CI, Ablan F. Triglicéridos en ayunas y posprandiales, y su contribución al estudio del riesgo cardiometabólico. *Clin Invest Arterioscl.* 2009; 21(6):290-7.
68. Ariza MJ, Hornos AM, Barón FJ, Calvo-Bonacho E, Rioja J, Valdivieso P et al. Análisis de la influencia de polimorfismos en APOE, APOA5, LPL, LIPC y CETP sobre los niveles de triglicéridos en población laboral malagueña. *Clin Invest Arterioscl.* 2011; 23(2):62-71.
69. de la Sierra A, González-Segura D. Factores de riesgo en los pacientes con hipertensión arterial sin eventos cardiovasculares previos. *Med Clin.* 2011; 136(13): 559-64.
70. Bandura A. *Self-Efficacy. The exercise of control.* 7ed. New York: Freeman and Company; 2003.
71. Olivari C, Urra E. Autoeficacia y Conductas de Salud. *Cienc enferm.* 2007; XIII (1): 9-15.

72. Bandura A. "Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory Of Behavioral Change". *Psychol Rev.* 1977; 84(2): 191-215.
73. Roca A. Autoeficacia: su valor para la psicoterapia cognitivo conductual. *Rev cuba psicol.* 2002; 19(3):195-200.
74. Orellana A. Intervención de Enfermería en Autoeficacia y Calidad de Vida en Mujeres con Cáncer Mamario [tesis doctoral]. [Concepción (CH)]: Universidad de Concepción; 2012.
75. Haas B. Focus on Health Promotion: Self-Efficacy in Oncology Nursing Research and Practice. *Oncol Nurs Forum.* 2000; 27(1): 89-97.
76. Cid P, Orellana A, Barriga O. Validación de la escala de autoeficacia general en Chile. *Rev. Med Chile.* 2010; 138(5): 551-57.
77. Schortridge-Baggett L. Self-efficacy: Measurement and intervention in nursing. *Sch Inq Nurs Pract.* 2001; 15(3): 183-88.
78. Holloway A, Watson H. Role of self-efficacy and behavior change. *Int J Nurs Pract.* 2002; 8(2): 106-15.
79. Grau R, Salanova M, Peiró JM. Efectos moduladores de la autoeficacia en el estrés laboral. *Apunt Psicol.* 2000; 18(1): 57-75.
80. Luszczynska A, Gutiérrez-Doña B, Schwarzer R. General self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries. *Int J Psychol.* 2005; 40(2): 80-9.
81. Vega O, González D. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería Global* [Internet]. 2009 [citado 22 de mayo 2012]; 8(2):1-14. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/66351>
82. Matud P, Carballeira M, López M, Marrero R, Ibáñez I. Apoyo Social y Salud: Un análisis de género. *Salud Ment (Mex).* 2002; 25(2): 32-7.
83. Heitman L. Social Support and Cardiovascular Health Promotion in Families. *J Cardiovasc Nurs.* 2004; 19(1):86-91.
84. Lin N, Ensel W, Simeone R, Kuo W. Social Support, Stressful Life events, and illness: A model. *J Health.* 1979; 20(2): 108-19.

85. Bennet S, Perkins K, Lane M, Deer D, Brater D et al. Social Support and Health-Related Quality of life in Chronic Heart Failure Patients. *Qual Life Res.* 2001; 10(8): 671-82.
86. Daugherty J, Saamann L, Riegel B, Sernborger K, Moser D. Can We Talk? Developing a Social Support Nursing Intervention for Couples. *Clin Nurse Spec.* 2002; 16(4): 211-18.
87. Finfgeld-Connett. Clarification of Social Support. *J Nurs Scholarsh.* 2005; 37(1): 4-9.
88. Fleury J, Keller C, Pérez A. Social Support Theoretical Perspective. *Geriatr Nurs.* 2009; 30 (2S): 11-14.
89. Gallagher R, Luttik ML, Jaarsma T. Social Support and Self-care in Heart Failure. *J Cardiovasc Nurs.* 2011; 26(6): 439-45.
90. Heitman L. The influence of Social Support on Cardiovascular Health in Families. *Fam Community Health.* 2006; 29(2): 131-42.
91. Arechabala MC, Miranda C. Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la Región Metropolitana. *Cienc enferm.* 2002; 8(1): 49-55.
92. Drageset J, Egil G, Nygaard H, Bondevik M, Nortvedt M et al. The impact of social support and sense of coherence on health-related quality of life among nursing home residents-A questionnaire survey in Borgen, Norway. *Int J Nurs Stud.* 2009; 46(1): 66-76.
93. Uchino B, Uno D, Holt-Lunstad J. Social Support, Psychological Process, and Health. *Curr Dir Psychol Sci.* 1999; 8(5): 145-48.
94. Kerouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquete A, Major F. *El pensamiento enfermero.* Barcelona, España: Elsevier Doyma, SL; 2007.
95. Parse R. Living Quality: A Humanbecoming Phenomenon. *Nur Sc Q.* 2013; 26(2):111-15.
96. Pilkington B, Jonas-Simpson Ch. *The Humanbecoming School of Thought: A Guide for Teaching-Learning.* 2ed. Toronto: International Consortium of Parse Scholars; 2007.

97. Raile M, Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. 7ed. Madrid: ELSEVIER; 2010.
98. Parse R. Community: A Human Becoming Perspective. Massachussets: Jones and Bartlett Publishers; 2003.
99. Parse R. The humanbecoming school of thought in 2050. Nurs Sci Q. 2007; 20(4), 308–11.
100. Maxwell S. Humanbecoming: Not just a Theory—It is a Way of Being. Nurs Sci Q. 2010; 23(3):216-19.
101. Benzein E, Saveman B, Norberg A. The meaning of hope in healthy, nonreligious Swedes. West J Nurs Res. 2000; 22(3): 303-19.
102. Parse R. The human becoming theory: the was, is and will be. Nurs Sci Q. 1997; 10(1), 32–8.
103. Parse R. The Humanbecoming Modes of Inquiry: Refinements. Nurs Sci Q. 2011; 24(1): 11-15.
104. Rodero-Sánchez V, Acebedo-Urdiales S, Vives-Relats C, Pérez-Gurrea C. Análisis de los posibles desde la teoría de Parse en una persona con Alzheimer. Index Enferm. 2006; 15(54):00.
105. Diccionario de la Real Academia Española 22ed [Internet]. Madrid: Real Academia Española; 2001. [citado 30 de noviembre 2012]. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=paradoja>.
106. Gail M. Theoretical Approaches in Nursing Practice: A Comparison of Roy and Parse. Nurs Sci Q. 1990; 3(2): 81-7.
107. Parse R. Transforming healthcare with a unitary view of the human. Nurs Sci Q. 2002; 15(1) 46–50.
108. Parse R. A human becoming perspective on quality of life. Nurs Sci Q. 2007; 20(3): 217.
109. Silva FVF, Silva LF, Guedes MVC, Moreira TMM, Rabelo ACS, Ponte KMA. Cuidado de enfermagem fundamentado em Parse. Esc Anna Nery. 2013; 17(1): 111-19.

110. Mac Donald C, Jonas-Simpson Ch. Living with changing expectation for women with high-risk pregnancies. *Nurs Sci Q.* 2009; 27(1): 74-82.
111. Reed P. A treatise on nursing knowledge development for the 21st Century: Beyond postmodernism. *ANS Adv Nurs Sci.* 1995; 17(3): 70-84.
112. Cody W. The many faces of change: Discomfort with the new. *Nurs Sci Q.* 1997; 10(2):65-7.
113. Ketola E, Sipilä R, Mäkelä M. Effectiveness of individual lifestyle interventions in reducing cardiovascular disease and risk factors. *Ann Med.* 2000; 32(4):239-51.
114. Ketola E, Mäkelä M, Klockars M. Individualised multifactorial lifestyle intervention trial for high-risk cardiovascular patients in primary care. *Br J Gen Pract.* 2001; 51(465):291-4.
115. Antón F, Maiques A, Franch M, Aleixandre E et al. Efectividad de la prevención cardiovascular en atención primaria. *Aten Primaria.* 2001; 28 (10): 642-47.
116. Eriksson KM, Westborg CJ, Eliasson MC. A randomized trial of lifestyle intervention in primary healthcare for the modification of cardiovascular risk factors. *Scand J Public Health.* 2006; 34(5):453-61.
117. Gómez M, García L, González L, Sánchez A. Efectividad de una intervención de mejora de calidad en la reducción del riesgo coronario y del riesgo de mortalidad cardiovascular en pacientes hipertensos. *Aten Primaria.* 2006; 37(9):498-503.
118. Spinner J, Alvarado M. Salud para su corazón-A Latino Promotora-Led Cardiovascular Health Education Program. *Fam Community Health.* 2012; 35 (2): 111–19.
119. Dekkers J, van Wier M, Arjens G, Hendriksen I, Pronk N et al. Comparative effectiveness of lifestyle interventions on cardiovascular risk factors among a Dutch overweight working population: A randomized controlled trial. *BMC Public Health.* 2011; 11(49): 2-11.

120. Jensen L, Leeman-Castillo B, Coronel S, Perry D, Belz C et al. Impact of a nurse telephone intervention among high-cardiovascular-risk, health fair participants. *J Cardiovasc Nurs*. 2009; 24(6): 447-53.
121. Brodie D, Inoue A, Shaw D. Motivational interviewing to change quality of life for people with chronic heart failure: A randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2008; 45(4): 489-500.
122. Buchholz S, Wilbur J, Miskovich L, Gerard P. An Office-Based Health Promotion Intervention for Overweight and Obese Uninsured Adults. *J Cardiovasc Nurs*. 2012; 27(1): 68-75.
123. Brotonsa C, Ariñob D, Borrás I, Buitragod F, González M.L. et al. Evaluación de la eficacia de un programa integral de prevención secundaria de la enfermedad cardiovascular en atención primaria: estudio PREseAP. *Aten Primaria*. 2006; 37(5): 295–98.
124. Health Workshop. The effectiveness of a health promotion with group intervention by clinical trial. Study protocol. *BMC Public Health*. 2012; 12: 209.
125. Koelewijn-van Loon MS, van Steenkiste B, Ronda G, Wensing M, Stoffers H et al. Improving patient adherence to lifestyle advice (IMPALA): a cluster-randomised controlled trial on the implementation of a nurse-led intervention for cardiovascular risk management in primary care (protocol). *BMC Health Serv Res*. 2008; 8(9):1-15.
126. Halcomb E., Moujalli S., Griffiths R. & Davidson P. Effectiveness of general practice nurse interventions in cardiac risk factor reduction among adults. *Int J Evid Based Healthc*. 2007; 5(3): 269–95.
127. Joanna Briggs Institute. Review summaries: evidence for nursing practice. *J Adv Nurs*. 2008; 530-31.
128. Best Practice Information. Intervenciones dirigidas por enfermeras para disminuir los factores de riesgo cardíaco. *Enferm Clin*. 2010; 20(5):317-9.

129. Blokstra A, van Dis I, Verschuren M. Efficacy of multifactorial lifestyle interventions in patients with established cardiovascular diseases and high risk groups. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2012; 11(1):97-104.
130. Goldstein M, Whitlock E, DePue J. Multiple Behavioral Risk Factor Interventions in Primary Care. *Am J Prev Med.* 2004; 27(2S): 61-79.
131. Stolic S, Mitchell M, Wollin J. Nurse-led telephone interventions for people with cardiac disease: A review of the research literature. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2010; 9(4): 203-17.
132. Koelewijn-van Loon MS, van der Weijden T, Ronda G, van Steenkiste B, Winkens B, Elwyn G et al. Improving lifestyle and risk perception through patient involvement in nurse-led cardiovascular risk management: a cluster-randomized controlled trial in primary care. *Prev Med.* 2010; 50(1-2):35-44.
133. Verheijden M, Bakx J, van Weel C, Koelen MA, van Staveren A. Role of social support in lifestyle-focused weight management interventions. *Eur J Clin Nutr.* 2005; 59(Supl 1): S179–S186.
134. Murrock C, Madigan E. Self-Efficacy and Social Support as Mediators between Culturally Specific Dance and Lifestyle Physical Activity. *Res Theory Nurs Pract.* 2008; 22(3): 192-204.
135. Meland E, Gunnar J, Laerum E. The importance of self-efficacy in cardiovascular risk factor change. *Scand J Public Health* 1999; 27(1): 11-7.
136. Hiltunen E, Winder P, Rait M, Buselli E, et al. Implementation of Efficacy Enhancement Nursing Interventions with Cardiac Elders. *Rehabil Nurs.* 2005; 30(6): 221-29.
137. Sol B, van der Graaf Y, van der Bijl J, Goessens B, Visseren F. The role of self-efficacy in vascular risk factor management: A randomized controlled trial. *Patient Educ Couns.* 2008; 71(2): 191-97.
138. Stjepovich J, Paravic T, Garfe C, Diaz H. Effects of personalized counseling on the reduction of tension levels in patients with severe essential hypertension. *WHO I. Rev. Latino-Am. Enferm.* 1994; 2(1): 19-30.

139. Lange I, Campos S, Urrutia M, Bustamante C, Alcayaga C, Tellez A et al. Efecto de un modelo de apoyo telefónico en el auto-manejo y control metabólico de la Diabetes tipo 2, en un Centro de Atención Primaria, Santiago, Chile. *Rev Med Chile*. 2010; 138(6): 729-37.
140. Blokstra A, van Dis I, Verschuren M. Efficacy of multifactorial lifestyle interventions in patients with established cardiovascular diseases and high risk groups. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2012; 11(1): 97-104.
141. Schmidt S. The lived experience of feeling sad. *Nurs Sci Q*. 2010(3); 23: 231-39.
142. Backer B. The lived experience of feeling misunderstood. *Nurs Sci Q*. 2010; 23(2): 148-47.
143. Bauman S. Feeling Fear: A humanbecoming study of older adults. *Nurs Sci Q*. 2009; 22(4): 346-54.
144. Schmidt S. The lived experience of taking a risk. *Nurs Sci Q*. 2009; 22(3): 204-49.
145. Naef R, Bounes D. The lived experience of waiting: A Parse Research Method Study. *Nurs Sci Q*. 2009; 22(2): 141-53.
146. Doucet T. Having Faith: A Parse Research Method Study. *Nurs Sci Q*. 2008; 21(4): 343-52.
147. Pilkington B, Kilpatrick D. The lived experience of suffering: A Parse Research Method Study. *Nurs Sci Q*. 2008; 21(3): 228-37.
148. Karnick P. Feeling Lonely: A Parse Research Method Study with Children. *Nurs Sci Q*. 2008; 21(2): 156-64.
149. Kagan P. Feeling listened to: A lived experience of humanbecoming. *Nurs Sci Q*. 2008; 21(1): 59-67.
150. Rodríguez C, Castaño C, García L, Recio JI, Castaño Y, et al. Eficacia de una intervención educativa grupal sobre cambios en los estilos de vida en hipertensos en atención primaria: un ensayo clínico aleatorio. *Rev Esp Salud Publica*. 2009; 83(3): 441-53.

151. Thomas K, Riggs R, Stothart K. The Meaning of Changing Expectations: A Qualitative Descriptive Study. *Nursing Science Quarterly*. 2013; 26(1): 59-67.
152. Creswell J, Plano V. Design and conducting mixed methods research. 2ed. Sage; 2011.
153. Andrew S, Halcomb E. Mixed Methods Research for Nursing and the Health Sciences. United Kingdom: Willey-Blackwell; 2009.
154. Burns N, Grove S. Investigación en Enfermería. Madrid, España: Elsevier; 2004. 554 p.
155. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 5ed. México D.F.: The McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A.; 2010. 140 p.
156. Ware J, Sherbourne C. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection. *Med Care*. 1992; 30(6): 473-83.
157. McHorney C, Ware J, Raczek A. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and Clinical Tests of Validity in Measuring Physical and Mental Health. *Med Care*. 1993; 31(3): 247-63.
158. McHorney C, War J, Lu R, Sherbourne C. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): III. Tests of Data Quality, Scaling Assumptions, and Reliability across Diverse Patient. *Med Care*. 1994; 32(1): 40-66.
159. Bäßler J, Schwarzer R, Jerusalem M. Spanish Adaptation of the General Self-Efficacy Scale. Auto-Eficacia Generalizada [Internet]. Berlín (AL): Freie Universität Berlin, Departamento de Psicología de la Salud; 1993 [actualizado 26 diciembre 1997; citado 20 mayo 2012]. Disponible en: <http://userpage.fu-berlin.de/~health/spanscal.htm>
160. Zimet G, Dahlem N, Zimet S, Farley G. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess*. 1988; 52(1): 30-41.

161. Frenk M, Ruelas E, Velásquez A. en Salud. Guía Tecnológica N°7: Esfigmomanómetro. Mexico: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica, Secretaría de Salud; 2004.
162. Ministerio de Salud. Guía clínica hipertensión arterial primaria o esencial en personas de 15 años y más. Chile: Minsal, 2010. 63 p.
163. American College of Sports Medicine. Editor Kaminsky L. Manual ACSM para la valoración del fitness relacionado con la salud. 4 ed. España: Wolters Kluwer Health; 2014. 39 p.
164. Programa de Investigación Factores de Riesgo de Enfermedades Cardiovasculares. Función de riesgo coronario a 10 años adaptada a la población chilena [Internet]. Talca, Chile: Facultad de Salud, Universidad de Talca; 2007 [actualizada 02 noviembre 2011, citada 03 de junio 2014]. Disponible en: http://pifrecv.otalca.cl/html/riesgo_coronario/index.htm
165. Olivares-Tirado P. Estado de Salud de Beneficiarios del Sistema de Salud de Chile: 2004 -2005. Chile: Departamento de Estudios y Desarrollo, Gobierno de Chile Superintendencia de Isapres; 2006. 40 p.
166. Ortiz M, Baeza MJ. Propiedades psicométricas de una escala para medir apoyo social percibido en pacientes chilenos con diabetes tipo 2. Univ Psychol. 2011; 10(1): 189-96.
167. Parse R. The human becoming modes of inquiry: Emerging sciencing. Nurs Sci Q. 2005; 18(4): 297.
168. Burns N. Standards for qualitative research. Nurs Sci Q. 1989; 2(1): 44-52.
169. Parse R. Qualitative Inquiry: The Path of Sciencing. USA: Jones and Barlett Publisher; 2001.
170. Ezekiel E. Siete requisitos éticos. ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. Pautas Éticas de Investigación en Sujetos Humanos: Nuevas Perspectivas. OMS. 2003: 83-95.
171. Rodríguez Y, Rubio MA. Bases conceptuales de la consejería en Enfermería. In Crescendo. 2010; 1(2): 319-23.

172. Aguirre E. Guía para realizar una consejería de enfermería. San José (CR): El Atabal, S.A. 2010.
173. Castro E, Padilla MP, Solís L. Consejería personalizada en enfermería en el Hospital General de México. *Rev Med Hosp Gen Mex.* 2009; 72(4): 228-30.
174. Tengland PA. Health Promotion and Disease Prevention: Logically Different Conceptions? *Health Care Anal.* 2010; 18(4):323–4.
175. Castellanos JL, Díaz LM. Prevención de enfermedades bucales en pacientes con trastornos sistémicos. Parte I: Enfermedades cardiovasculares. *Revista ADM [Internet].* 2013 [citado 23 de Julio 2014]; 70(3): 116-125. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/adm>
176. Ramírez JH. ¿Es la Enfermedad periodontal un factor de riesgo cardiovascular? revisión de la evidencia experimental y clínica. *Revista Estomatología.* 2005; 13(2):18-26.
177. Cody WK, Mitchell GJ. Ambiguous opportunity: Toiling for truth of nursing art and science. *Nurs Sciece Quart.* 2002; 15(1): 71-9. Parse RR. *Community: A human becoming perspective.* Sudbury, MA: Jones and Bartett. 2003.
178. Alfaro T. Situación Epidemiológica en Chile de las ENT y sus factores de riesgo. Valparaíso, Chile: Departamento de Epidemiología y DIPLAS Taller Regional de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile; 2011.
179. Gómez E. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. *Rev Panam Salud Publica.* 2002; 11(5/6): 327-34.
180. Balcázar HG, de Heer H, Rosenthal L, Aguirre M, Flores L, Puentes FA, et al. Intervención con promotores de salud para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares en una población hispana fronteriza de alto riesgo. *Prev Chronic Dis [internet].* 2010 [citada 30 mayo 2014]; 7(2): A28. http://www.cdc.gov/pcd/issues/2010/mar/09_0106_es.htm

181. Gijón-Conde T, Banegas JR. Enfermedad cardiovascular en pacientes con hipertensión arterial: diferencias por género a partir de 100.000 historias clínicas. *Rev Clin Esp.* 2012; 212(2):55-62.
182. Magro A, Sagastagoitia JD, Sáez Y, Narváez I. Sáez de Lafuente JP et al. Factores de riesgo cardiovascular asociados a hipertensión arterial en mujeres según la edad. *Hipertensión.* 2005; 22(2):48-53.
183. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Indicadores de Calidad de la educación básica y media en Chile. Santiago (Chile): Departamento de Estudios, Extensión y Publicaciones; 2005. 43 p.
184. González-Zobl G, Grau M, Muñoz MA, Martí R, Sanz H et al. Posición socioeconómica y riesgo de infarto agudo de miocardio. Estudio caso-control de base poblacional. *Rev Esp Cardiol.* 2010; 63(9):1045-53.
185. Díaz-Realpe JE, Muñoz-Martínez J, Sierra-Torres CH. Factores de Riesgo para Enfermedad Cardiovascular en Trabajadores de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, Colombia. *Rev. salud pública.* 2007; 9(1):64-75.
186. Labbé F, Carrasco E. Resultados XVIII Censo de Población 2012. Chile: Instituto Nacional de Estadísticas (INE); 2012. 133 p.
187. Herrera S, Salina V, Valenzuela E. Familia, pobreza y bienestar en Chile: un análisis empírico de las relaciones entre estructura familiar y bienestar. Instituto de Sociología. Centro de Políticas Públicas UC; 2011. 19 p.
188. Navarro Y, Salazar A. Caracterización de la salud familiar de una localidad para orientar un plan de cuidado. *Revista Cubana de Enfermería* 2013; 29(2):77-88.
189. Menéndez C, Montes A, Gamarra T, Núñez C, Alonso A, Bujan S. Influencia del apoyo social en pacientes con hipertensión arterial esencial. *Aten Primaria* 2003; 31(8):506-13.
190. Ministerio de Desarrollo Social. Informe de política social 2012. Trabajo Previsional y Social. Chile: Gobierno de Chile; 2012. 126-63 p.

191. Castillo R. Trabajo independiente, microcrédito e inclusión social en Chile. Observaciones a partir de un estudio de segmento. Santiago; 2010. 107 p.
192. Jeri T. Documento de Trabajo N°108 "Perfil de las Trabajadoras en Chile. Chile: Departamento de Estudios y Capacitación SERNAN, Gobierno de Chile; 2008.
193. Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades, Departamento de Ciclo Vital. Situación Actual de la Salud del Hombre en Chile. Chile: Ministerio de Salud; 2011. 96 p.
194. Romero T, Romero C. Prevención cardiovascular: tendencias y barreras socioeconómicas. Rev Esp Cardiol. 2010; 63(11):1340-8.
195. Servicio Salud Concepción. Consolidación Población en Control Programa de Salud Cardiovascular. Concepción, Chile: Servicio Salud Concepción; 2012.
196. Santos de Assis L, Conceição MA, Leite JL, Machado da Cunha N. La atención de la enfermera en salud cardiovascular de mujeres con hipertensión, 2009. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009; 13 (2): 265- 70.
197. Last AR, Ference JD, Falleroni J. Pharmacologic treatment of hyperlipidemia. Am Fam Physician 2011; 84(5): 551-8.
198. Cuello M, Kato S, Díaz D, Owen G. Efectos de las estatinas en cáncer: ¿potencial rol en terapéutica y prevención?. Rev. méd. Chile. 2013; 141(2): 227-36.
199. Howard H. Assessing benefits and risk of hormone therapy in 2008: New evidence, especially with regard to the heart. Cleveland Clinic Journal of Medicine. 2008; 75(4): S3-S12.
200. Blümel JE, Aravena H, Brantes S, Cruzat L, Lavín P, Montaña R, Navarrete I, Osorio E. Posición oficial de la Sociedad Chilena de Climaterio para el manejo clínico de la mujer climatérica. Rev Med Chile 2010; 138(5): 645-651.

201. Howard H, Mack W. Hormone replacement therapy and the association with coronary heart disease and overall mortality: Clinical application of the timing hypothesis. *Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology*. 2013; 142(2014): 68-75.
202. Wenger N. Tratamiento hormonal sustitutivo y enfermedades cardiovasculares. *Rev Esp Cardiol*. 2006; 59(10): 1058-69.
203. Kunstmann S, Gainza D. Dislipidemia en la mujer diagnóstico, clasificación y manejo. *Rev. Méd. Clín. Condes*. 2009; 20(1):47-52.
204. Blümel JE, Chedraui P, Calle A, Bocanera R, Depiano E, Figueroa-Casas P. Age at menopause in Latin America. *Menopause* 2006; 13: 706–12.
205. Blümel JE, Chedraui P, Barón G, Benítez Z, Flores D, Espinoza MT et al. A multicentric study regarding the use of hormone therapy during female mid-age REDLINC VI. *Climacteric*. 2014.
206. Centros de Estudios de Opinión Ciudadana. Hábitos Alimenticios de Chilenos. Talca [Chile]: Universidad de Talca; 2006.
207. Gagneten S. Pierda peso sin perder su salud. 4ta ed. San José [CR]: S. Gagneten. 2006. 213p.
208. Elige Vivir Sano. Chile Saludable. Volumen I. Oportunidades y desafíos de Innovación. Santiago [Chile]: Gobierno de Chile; 2012.
209. Olivares S, Zacarías I. Informe Final. Estudio para revisión y actualización de las guías alimentarias para la población chilena. Santiago [CH]: Instituto de nutrición y tecnología de los alimentos (INTA) Universidad de Chile, MINSAL. 2013.
210. Ruel G, Shi Z, Zhen S, Zuo H, Kröger E et al. Association between nutrition and the evolution of multimorbidity: The importance of fruits and vegetables and whole grain products. *Clinical Nutrition*. 2013; 33(2014) 513-20.
211. Calañas-Continente AJ. Alimentación saludable basada en la evidencia. *Endocrinol Nutr*. 2005; 52(Supl 2):8-24.

212. Ministerio de Salud, Universidad de Chile, Facultad de Medicina. Encuesta Nacional del Consumo Alimentario en Chile 2010-2011. Chile: Gobierno de Chile; 2011.
213. Olmedilla B, Farré R, Asensio C, Martín M. Papel de las leguminosas en la alimentación actual. *Actividad Dietética*. 2010; 14(2):72-76.
214. Huth PJ, Park KM. Influence of Dairy Product and Milk Fat Consumption on Cardiovascular Disease Risk: A Review of the Evidence. *Adv Nutr*. 2012; 3: 266-85.
215. Mujica V, Leiva E, Rojas E, Díaz N, Icaza G, Palomo I. Discordancia en autopercepción de peso en población adulta Talca. *Rev méd Chile*. 2009; 137(1):76-82.
216. Fernández L, Guerrero L, Andugar J, Casal MC, Crespo N, Campo C et al. Eficacia de un programa de intervención sobre control del peso en pacientes obesos hipertensos. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*. 2006; 9(4): 6-11.
217. Becerra MM, Díaz LP. Niveles de actividad física, beneficios, barreras y autoeficacia en un grupo de empleados oficiales. *av. enferm*. 2008; 26(2): 43-50.
218. Universidad de Concepción, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas. Encuesta Nacional de Hábitos de Actividad Física y Deportes en la Población Chilena de 18 años y más. Informe Final. Concepción, Chile: Universidad de Concepción, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas; 2012.
219. De la Maza MP, Díaz J, Gómez R, Maiz A. Normas Técnicas Dislipidemias. Chile: Gobierno de Chile; Ministerio de Salud, División de Salud de las Personas, Departamento de Programas de las Personas, Programa Salud del Adulto; 2000. 79 p.
220. Parra J, Sepúlveda C, Mardones MA. Una mirada crítica desde la salud familiar: acogida, vínculo y participación del usuario del programa cardiovascular. *Theoria*. 2008; 17(2): 75-82.

221. Ramones I. Evaluación de la calidad de vida relacionada con salud en enfermos con hipertensión. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*. 2007; 2(5): 147-50.
222. Erickson SR, Williams BC, Gruppen LD. Perceived symptoms and health-related quality of life reported by uncomplicated hypertensive patients compared to normal controls. *J Hum Hypertens*. 2001; 15(8): 539–548.
223. Mena-Martin FJ, Martin-Escudero JC, Simal-Blanco F, Carretero-Ares JL, Arzua-Mouronte D, Herreros-Fernández V. Health-related quality of life of subjects with known and unknown hypertension: results from the population-based Hortega study. *J Hypertens*. 2003; 21(7):1283–89.
224. Bardage C, Isacson D, Ring L, Binglefors K. A Swedish population-based study on the relationship between the SF-36 and health utilities to measure health in hypertension. *Blood Press*. 2003; 12(4): 203-10.
225. Aydemir O, Ozdemir C, Koroglu E. The impact of co-morbid conditions on the SF-36: a primary-care-based study among hypertensives. *Arch Med Res*. 2005; 36(2):136–141.
226. López J, Conde CL, Fernández V, Failde JM, Almazán R. Análisis de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardíaca mediante el cuestionario genérico SF-36. *Rev Calid Asist*. 2013;28(6):355-360.
227. Mills M, Loney P, Jamieson E, Gafni A, Browne G, Bell B, Chalklin L et al. A primary care cardiovascular risk reduction clinic in Canada was more effective and no more expensive than usual on-demand primary care-a randomised controlled trial. *Health Soc Care Community*. 2010; 18(1):30-40.
228. Dzakula A, Ivezić J, Zilić M, Crnica V, Bander I, Janev Holcer N, Cardiovascular Risk Factors and Visiting Nurse Intervention-Evaluation of a Croatian Survey and Intervention Model: the CroHort Study. *Coll Antropol*. 2012; 36 (Suppl 1):21-5.
229. Rodríguez-Gázquez MA, Arredondo-Holguín E, Herrera-Cortés R. Effectiveness of and educational program in nursing in the self-care of

- patients with heart failure: randomized controlled trial. *Rev. Latino-Am. Enferm.* 2012; 20(2): 296-306.
230. Lee CM, Huxley RR, Wildman RP, Woodward M. Indices of abdominal obesity are better discriminators of cardiovascular risk factors than BMI: A meta-analysis. *J Clin Epidemiol* 2008; 61(7): 646-53.
231. Llisterri JL, Rodríguez GC, Alonso FJ, Prieto MA, Banegas JR, González-Segura D et al. Control de la presión arterial en la población hipertensa española asistida en Atención Primaria. Estudio PRESCAP 2010. *Med Clin.* 2012; 139(15):653–61.
232. Sáez JP, Sáez Y, Vacas M, Santos M, Sagastagoitia JD, Molinero E et al. Diferencias de sexo en los factores de riesgo cardiovascular en pacientes con enfermedad coronaria comprobada angiográficamente. *Clin Invest Arterioscl.* 2009; 21(4):173-8.
233. Rodríguez C, Castaño C, García L, Recio JI, Castaño Y et al. Eficacia de una Intervención Educativa Grupal sobre cambios en los Estilos de Vida en Hipertensos en Atención Primaria: Un Ensayo Clínico Aleatorio. *Rev Esp Salud Pública* 2009; 83(3): 441-52.
234. Sol B, van der Graaf Y, Brouwer B, Hickox S, Visseren F. The Effect of a Self-Management Intervention to Reduce Vascular Risk Factors in Patients with Manifestations of Vascular Diseases. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2010; 9(2): 132-39.
235. Coca A, Cea-Calvo L, Lozano JV, Inaraja V, Fernández-Pérez C, Navarro J Colesterol HDL y enfermedad cardiovascular en mujeres hipertensas de España. Estudio RIMHA. *Rev Esp Cardiol.* 2009; 62(9):1022-31.
236. Brito-Zurita OR, Verdín-García P, Domínguez-Banda A, Cortez-Valenzuela AE, Villanueva-Pérez RM, Torres-Tamayo M. Grasa visceral y alteraciones metabólicas en hombres hipertensos. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2009; 47(2): 135-14.

237. Morales C, Royuela M. Estrategias terapéuticas. Riesgo cardiovascular y dislipidemias en ancianos y mujeres. *Clin Invest Arterioscl*. 2013; 25(3):146-50.
238. Brotons C, Soriano N, Moral I, Rodrigo M, Kloppe P, Rodríguez A et al. Ensayo clínico aleatorizado para evaluar la eficacia de un programa integral de prevención secundaria de las enfermedades cardiovasculares en atención primaria: estudio PREseAP. *Rev Esp Cardiol*. 2011; 64(1):13–20.
239. Marín-Reyes F, Rodríguez-Morán M. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. *Salud pública Méx [Internet]*. 2001 [citado 21 mayo 2014]; 43(4): 336-39. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000400010&lng=es
240. Barengo NC, Antikainen R, Kastarinen M, Laatikainen T, Tuomilehto J. The effects of control of systolic and diastolic hypertension on cardiovascular and all-cause mortality in a community-based population cohort. *Journal of Human Hypertension*. 2013; 27(11): 693–97.
241. Lichtenstein A, Appel J, Brands M, Carnethon M, Daniels S, Franch H et al. American Heart Association Nutrition Committee Diet and Lifestyle Recommendations Revision 2006: A Scientific Statement From the American Heart Association Nutrition Committee. *Circulation*. 2006; 114(1): 82-96.
242. Brea AJ. Dianas Terapéuticas en el tratamiento de las dislipidemias: colesterol no unido a lipoproteínas de alta densidad y colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad. *Clin Invest Arterioscl*. 2014; 26(Supl 1): 3-6.
243. Woollard J, Burke V, Beilin LJ, Verheijden M, Bulsara MK. Effects of a general practice-based intervention on diet, body mass index and blood lipids in patients at cardiovascular risk, *J Cardiovasc Risk*. 2003; 10(1):31-40.
244. Ibarra X, Siles J. Rol de enfermo crónico: una reflexión crítica desde la perspectiva de los cuidados enfermeros. *Cultura de Cuidados*. 2006; 10(20): 129-35.

245. Schmidts S. A focus on Human Flourishing. *Nurs Sci Q.* 2010; 23(4): 290-95.
246. Mejía ME. Significado del cuidado de enfermería para el paciente en estado de cronicidad. *Index Enferm.* 2008; 17(4).
247. Fix G, Cohn E, Solomon J, Kressin N, Borzecki A, Katz L et al. The role of comorbidities in patients hypertension self-management. *Chronic illness.* 2014; 10(2): 81-92.
248. Alconero-Camarera AR, Hernández-Jiménez C. Gestión ineficaz de la propia salud en personas con enfermedades crónicas. *Enferm Clin.* 2013; 23(3):135-136.
249. Fuster V. Un problema alarmante en prevención secundaria: bajo cumplimiento (estilo de vida) y baja adherencia (farmacológica). *Rev Esp Cardiol.* 2012; 65(Supl 2):10-16.
250. Martín E, Sarmiento P, Ramírez A. Influencia de la comunicación del profesional de la salud en la calidad de la atención a largo plazo. *Rev Calid Asist.* 2014; 29(3):135-42.
251. Bustamante C, Riquelme G, Alcayaga C, Lange I, Urrutia M. Experiencia de transferencia tecnológica de la Consejería Telefónica para Cuidados Crónicos de Salud, a equipos de Atención Primaria. *Enfermería Global.* 2012; (27):173-78.
252. Moya P, Sánchez M, López J, Escribano F, Notario B, Salcedo F et al. Coste-efectividad de un programa de actividad física de tiempo libre para prevenir el sobrepeso y la obesidad en niños de 9-10 años. *Gac Sanit.* 2011; 25(3): 198-204.
253. Labrunée M, Pathak A, Loscos M, Coudeyre E, Casillas JM, Gremeaux V. Therapeutic education in cardiovascular diseases: State of the art and perspectives, *Ann Phys Rehabil Med.* 2012; 55(5):322-41.
254. McKay J, Wright A, Lowry R, Steele K, Ryde G, Mutrie N. Walking on prescription: The utility of a pedometer pack for increasing physical activity in primary care. *Patient Educ Couns.* 2009; 76 (1): 71-6.

255. Tonstad S, Søderblom Alm C, Sandvik E. Effect of nurse counselling on metabolic risk factors in patients with mild hypertension: A randomised controlled trial. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2007; 6(2): 160–64.
256. Funk KL, Elmer PJ, Stevens VJ, Harsha DW, Craddock SR, Lin P et al. PREMIER- A Trial of Lifestyle Interventions for Blood Pressure Control: Intervention Design and Rationale. *Health Promot Pract.* 2008; 9(3): 271-80.
257. Garzón-Quiñones M, Gallardo-Gonzalo C, Padín-Minaya C, López-Pisa RM, Rodríguez-Latre LM. Estudio descriptivo de la monitorización ambulatoria de la presión arterial en la consulta de Enfermería de Atención Primaria. *Enferm Clin.* 2013; 23(5):218-24.
258. Gholizadeh L, Davidson P, Salamonson Y, Worrall-Carter L. Theoretical considerations in reducing risk for cardiovascular disease: implications for nursing practice. *J Clin Nurs.* 2010; 19(15-16): 2137-45.
259. Allen JK, Himmelfarb CR, Szanton SL, Bone L, Hill MN, Levine DM. COACH trial: A randomized controlled trial of nurse practitioner/community health worker cardiovascular disease risk reduction in urban community health centers: Rationale and design. *Contemp Clin Trials.* 2011; 32(3):403-11.
260. Garrido J, Chacón J, Sandoval D, Muñoz R, López N, Oyarzún E et al. Control del Hipertenso, un desafío no resuelto. Avances logrados en Chile mediante el Programa de Salud Cardiovascular. *Rev Chil Cardiol.* 2013; 32(2): 85-96.
261. Icart MT, Pulpón AM, Icart MC, Bernat R, Bielsa M, Cabré V. Opiniones sobre el tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial en pacientes de Atención Primaria. *Hipertensión.* 2007; 24(2):48-53.
262. Grau M y Marrugat J. Funciones de riesgo en la prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares. *Rev Esp Cardiol.* 2008; 61(4):404-16.
263. Roldán C, Campos C, Segura de la Morera J, Ruilope LM. Evaluación del riesgo cardiovascular y nuevos factores de riesgos de aterosclerosis. *Hipertensión.* 2005; 22(5): 195-203.

264. Rodríguez M, Merino M, Castro M. Valoración psicométrica de los componentes físicos (CSF) y mentales (CSM) del SF-36 en pacientes insuficientes renales crónicos en tratamiento con hemodiálisis. Cien enferm. 2009; XV (1): 75-88.
265. Smeltzer S, Bare B. Enfermería Médicoquirúrgica. 2002. 9ed. Vol. I y II. Mexico, DF: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A.
266. Ortiz M, Baeza MJ. Propiedades psicométricas de una escala para medir apoyo social percibido en pacientes chilenos con diabetes tipo 2. Univ Psychol. 2009; 10(1): 189-196.
267. Trujillo R. Factores esenciales en la medición clínica de la tensión arterial. Rev Cubana Med Gen Integr. 1997; 13(4): 359-63.
268. Ministerio de Salud. Guía clínica examen de medicina preventiva. Santiago [Chile]: Minsal, 2008. 129 p.

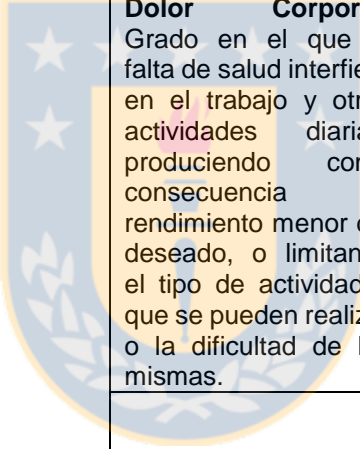


ANEXOS

ANEXO A: DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL DE VARIABLE INDEPENDIENTE DEL ESTUDIO

Intervención Innovadora Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica	Intervención Innovadora Consejería de Enfermería Personalizada, Presencial y Telefónica
Son estrategias concretas diseñadas a partir de las necesidades de las personas con factores de riesgo cardiovascular, con el fin de transformar los factores de riesgo en factores protectores, a través de la incorporación de prácticas saludables.	Estrategias llevadas a cabo en el periodo de 7 meses con las personas integrantes del grupo experimental, por medio de sesiones de consejería de Enfermería tanto personalizada como telefónica, donde se realizarán mediciones pre-test y pos-test para medir efectividad del proceso.

ANEXO B: DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES DEPENDIENTES DEL ESTUDIO

NOMINAL		OPERACIONAL
<p>Calidad de Vida Relacionada con Salud (264): se refiere a los efectos que los síntomas y estado funcional y bienestar emocional tienen sobre la percepción de salud y calidad de vida de las personas adultas de ambos sexos</p>	 <p>Componente de Salud Física</p>	<p>Dolor Corporal: Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se pueden realizar o la dificultad de las mismas.</p>
		<p>Función Física: Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos</p>
		<p>Rol Físico: Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.</p>
<p>Tiene dos ítems con 5 alternativas de respuesta (mucho=1, bastante=2, regular=3, un poco=4, nada=5), con un rango de 2 a 10 puntos. Un rango de 0 a 100, donde 0 es el peor resultado y 100 es el mejor. Los ítems son: magnitud del dolor e interferencia del dolor.</p>		
<p>Consta de 10 ítems con 3 alternativas de respuesta (mucho=1, poco=2, nada=3), con un rango de 10 a 30 puntos. Un rango de 0 a 100, donde 0 es el peor resultado y 100 es el mejor. Los ítems son: actividad vigorosa; actividad moderada; levantar bolsa de compras; subir u piso y varios pisos; agacharse, arrodillarse; caminar 1 km, algunas cuerdas y una cuerda; bañarse y vestirse.</p>		
<p>Compuesto por 4 ítems con dos alternativas de respuesta (si=1; no=2), en un rango de 4 a 8 puntos. Un rango de 0 a 100, donde 0 es el peor resultado y 100 es el mejor.</p>		

			Los ítems son: disminuyó tiempo; menos cumplimiento; algo irritado; tuvo dificultad.
		Salud General: Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.	Formado por 5 ítems, con 5 alternativas de respuesta (todo verdadero=1, bastante cierto=2, no lo sé=3, bastante falsa=4, totalmente falso=5), en un rango de 5 a 25 puntos. Un rango de 0 a 100, donde 0 es el peor resultado y 100 es el mejor. Los ítems son: se enferma fácil; tan saludable como otros; salud va a empeorar y salud excelente.
Componente de Salud Mental		Función Social: Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.	Consta de 2 ítems con 5 alternativas de respuesta (siempre=1, casi siempre=2, algunas veces=3, un poco=4, nada=5), en un rango de 2 a 10 puntos. Los ítems son: alcance social y magnitud (tiempo) social. Un rango de 0 a 100, donde 0 es el peor resultado y 100 es el mejor.
		Rol Emocional: Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo.	Tiene 3 ítems con 2 alternativas de respuesta (si=1; no=2), en un rango de 3 a 6 puntos. Un rango de 0 a 100, donde 0 es el peor resultado y 100 es el mejor. Los ítems son: disminuyó tiempo, menos cumplimiento y no cuidadoso.
		Salud Mental: Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general.	Compuesto por 5 ítems con cinco alternativas de respuesta (siempre=1, casi siempre=2, algunas veces=3, un poco=4, nada=5), en un rango de 5 a 25 puntos. Un rango de 0 a 100, donde 0 es el peor resultado y 100 es el mejor. Los ítems son: nervioso; desanimado; tranquilo; triste y feliz.

		<p>Vitalidad: Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo.</p>	<p>Lo conforma 4 ítems con 5 alternativas (en extremo=5, mucho=4, normal=3, algo=2, nada=1), en un rango de 4 a 20 puntos. Un rango de 0 a 100, donde 0 es el peor resultado y 100 es el mejor. Los ítems son: animado; con energía; agotado; cansado.</p>
<p>Perfil Lipídico: permite verificar los niveles de lípidos en la sangre, que pueden indicar el riesgo de una persona de padecer enfermedades cardíacas o arterosclerosis.</p> 			<p>Se midió en el pre y pos-test e a través de una prueba de laboratorio, por medio de la toma de muestra de sangre, después de un ayuno de 8 a 12. El perfil lipídico mide: Colesterol Total, suma de los diferentes tipos de colesterol. Lipoproteínas de alta densidad (Col-HDL), tienen la función de transportar colesterol al hígado para su eliminación. Lipoproteínas de baja densidad (Col-LDL), cuando se acumulan en el torrente sanguíneo e incrementan el riesgo de afecciones cardíacas. Triglicéridos, almacenan energía hasta que el organismo la necesita, pero el exceso provoca problemas de salud. LDL/HDL, es el Índice de Aterogenicidad y el Col-Total/HDL, es un cociente de factor de riesgo cardiovascular.</p>
<p>Presión Arterial (265): la presión arterial sistémica es la ejercida en las paredes de las arterias durante la sístole y la diástole ventriculares. Se expresa como la proporción entre la presión sistólica y diastólica. Su aumento por arriba de lo normal se denomina hipertensión y la disminución anormal se denomina hipotensión.</p>			<p>Se midió en el pre y pos-test en el pre y pos-test con un esfigmomanómetro de mercurio mediante la técnica de Kortkov, registrando en cada medición.</p>
<p>Sobrepeso (265): se refiere al exceso de peso corporal, lo que incluye todos los tejidos: grasa, hueso y músculo, además del agua corporal.</p>			<p>Se midió en el pre y pos-test a través del índice de masa corporal= $\text{Peso (Kg)}/\text{Talla}^2 \text{ (m)}$ y a través de la circunferencia abdominal en cm.</p>
<p>Autoeficacia General (76): juicio personal sobre la propia capacidad para organizar y ejecutar determinados tipos de actuaciones.</p>			<p>Se midió en en el pre y pos-test con la Escala de Autoeficacia General. Se conforma de 10 reactivos, las respuestas son tipo Likert Incorrecto (1 punto); apenas cierto (2 puntos); más bien cierto (3 puntos) o cierto (4</p>

	puntos) con un puntaje mínimo de 10 puntos y un máximo de 40 puntos.
<p>Apoyo Social Percibido (91): intercambio de afectos positivos interpersonales, que permiten el establecimiento de redes de soporte, que brindan estabilidad emocional y promueven la salud.</p>	<p>Se midió en el pre y pos-test a través del puntaje obtenido en la Escala de Apoyo Social Percibido (MSPSS), compuesta de 12 ítems que miden el apoyo social percibido. El formato de respuesta es de tipo Likert con 4 alternativas para cada una (1=Casi nunca; 2= A veces; 3= Con frecuencia y 4= Siempre o casi siempre). Un mayor puntaje, en cada una de las escalas, indica la presencia de mayor Apoyo Social.</p>



ANEXO C: DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES INTERVINIENTES EN EL ESTUDIO

NOMINAL	OPERACIONAL
Variables Sociodemográficas	Variables Sociodemográficas
Sexo: Características anatómicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres	La persona encuestadora marcará una X, según corresponda Femenino o Masculino.
Edad: tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la aplicación del instrumento recolector de datos.	Para fines de este estudio la edad se mide en años cumplidos, expresada en número que declara la persona encuestada al momento de la encuesta.
<p>Último nivel de escolaridad que cursó y aprobó: está determinado por los estudios que haya aprobado en la enseñanza regular o educación formal. Se determina en base al curso más alto que haya aprobado en este tipo de enseñanza.</p>	<p>La persona encuestada elige una de las siguientes categorías:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sin escolaridad, no lee ni escribe: persona que no recibió instrucción formal en un establecimiento educacional y tampoco aprendió a leer ni escribir. -Sin escolaridad, lee y escribe: persona que no recibió instrucción formal en un establecimiento educacional, sin embargo, aprendió a leer y escribir. -Educación Básica Incompleta: persona con menos de 9 años de estudios cursados y aprobados en establecimiento de educación básica. -Educación Básica Completa: persona con 9 años de estudios cursados y aprobados en establecimiento de educación básica. -Educación Media Incompleta: persona con más de 9 años y menos de 13 años de estudios cursados y aprobados en establecimiento de educación media. -Educación Media Completa: persona 13 años de estudios cursados y aprobados en establecimiento de educación media. -Educación técnico-profesional Incompleta: persona con años cursados en establecimiento de educación superior técnico profesional, pero que no concluyó su formación. -Educación técnico-profesional Completa: persona que completó su formación en establecimiento de educación superior técnico profesional. -Educación Universitaria Incompleta: persona con años cursados en establecimiento de educación superior universitario, pero que no concluyó su formación. -Educación Universitaria Completa: persona que completó su formación en establecimiento de educación superior universitario.
Estado civil actual: condición actual de convivencia estable legal de la mujer o del hombre que vive en pareja.	Situación de pareja actual declarado por la persona encuestada y se contemplan las siguientes categorías:

	<p>-Soltera(o): persona que no ha contraído matrimonio y que tampoco convive en pareja.</p> <p>-Casada(o): persona que ha contraído matrimonio y que actualmente vive con su cónyuge.</p> <p>-Separada(o): persona que estuvo casada, pero que actualmente está separada de hecho o legalmente.</p> <p>-Anulada(o): persona separada legalmente a través de juicio de nulidad.</p> <p>-Viuda(o): persona cuyo cónyuge falleció.</p> <p>-Conviviente: persona que tiene pareja con quien hace vida marital, sin estar casados legalmente.</p>
<p>Número de personas que componen el hogar: corresponde al número de personas que forman o no parte de la familia y que residen en el hogar en forma permanente.</p>	<p>Número informado por la persona encuestada de la cantidad de personas que forman parte de la familia y viven en el hogar permanente.</p>
<p>Tipo de Familia: clasificación de acuerdo a como se organizan, de acuerdo a la presencia o ausencia de determinados miembros del hogar, un grupo de personas unidas o no por vínculos de parentesco que ocupan completamente una vivienda o parte de ella, viven bajo régimen familiar y cocinan común.</p>	<p>De acuerdo con la información que proporcione la persona encuestada, se clasifican en categorías:</p> <p>-Hogar Nuclear: aquel constituido por un solo núcleo familiar.</p> <p>-Hogar Extendido: aquel formado por un hogar nuclear y otras personas emparentadas con el jefe de hogar. Se considera también como un hogar extendido formado por un grupo de parientes que por su composición no corresponda a la definición de hogar nuclear.</p> <p>-Hogar Compuesto: es aquel hogar formado por un hogar nuclear o extendido y otras personas no emparentadas con el jefe de hogar. Se considera también como hogar compuesto a las personas que viven juntas sin parentesco entre sí.</p>
<p>Número de Hijos(as): cantidad de descendientes consanguíneos o adoptados, de una persona o una pareja, que viven en el hogar.</p>	<p>Número que brinda la persona encuestada sobre la cantidad de hijos o hijas.</p>
<p>Situación ocupacional actual: conocer la actividad corriente, económica que realizó durante la última semana de referencia.</p>	<p>Se clasifica en las siguientes categorías:</p> <p>-Ocupados: personas que trabajaron al menos 1 hora durante la última semana, recibiendo pago en dinero/especie, o beneficio de empleado/empleador o cuenta propia. Esta categoría se subdivide en:</p> <p>-Asalariados: aquellos individuos que tienen contratos de trabajo implícitos o explícitos, por los que reciben una remuneración básica que no depende directamente de los ingresos de la unidad para la que trabajan.</p> <p>-Independientes: aquellos individuos en los que la remuneración depende directamente de los beneficios derivados de los bienes o servicios producidos.</p>

	<p>-Asesoras de Hogar: aquellas que realizan labores de limpieza, lavado, planchado, compra de provisiones y otros artículos del hogar; prepara y cocina alimentos, sirve comidas y efectúa otras faenas domésticas.</p> <p>-Desocupados: personas que no tuvieron un empleo durante la última semana, buscaron uno durante las últimas cuatro semanas y están disponibles para trabajar las próximas dos semanas.</p> <p>-Inactivos: personas, no ocupadas ni desocupadas, que refieren las siguientes razones de inactividad: razones familiares permanentes, dueñas de casa que trabajan pero sin remuneración, razones de jubilación, pensión o reciben ingresos por concepto de renta.</p>
<p>Grupo Ocupacional: Clasificación de profesiones, oficios, negocios o clases de trabajos de un establecimiento, sector o país en una serie de grupos definidos claramente en función de las tareas que comporta cada empleo.</p>	<p>La agrupación se realizó tomando como base en la Clasificación Ocupacional COTA-70 de la organización Internacional del trabajo, siendo los grupos ocupacionales los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Profesionales científicos e intelectuales. -Técnicos y profesionales de nivel medio: desempeñan funciones predominantemente técnicas o especializadas. -Empleados de oficina: trabajos de secretaría, las operaciones de contabilidad, teneduría de libros, estadística y otras funciones que requieren el manejo de datos numéricos, las operaciones de pago y cobranza, los arreglos de viaje y la concertación de entrevistas y citas. -Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios y pesqueros. -Trabajadores del transporte. -Trabajadores vendedores de comercios y mercados. -Trabajadores de servicios personales y de servicios de protección y seguridad. -Operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios. -Trabajadores no calificados (obreros y jornaleros). -Asesora del hogar: aquellos que realizan labores de aseo y asistencia, propias e inherentes del hogar, dedicadas en forma continua, en jornada completa o parcial al servicio de una o más personas naturales o de una familia. -Quehaceres del hogar/Dueña de casa: persona que tiene como ocupación principal, entre otras, el trabajo en el hogar con los quehaceres cotidianos tales como el cuidado de los hijos, la limpieza de la casa, la compra de víveres y otros artículos, la preparación de los alimentos, la

	administración parcial o total del presupuesto familiar, etcétera.
Uso de Medicamentos: Consumo de medicamento/s de manera permanente con indicación de algún profesional para el tratamiento de los signos/síntomas de alguna enfermedad o condición de salud.	De acuerdo a la información proporcionada por la/el encuestado/a se categorizó en: SI: consume medicamento/s, mencionando cuál o cuáles. No: no consume medicamentos
Menopausia: Momento de la última menstruación si esta se debe a cese de la función ovárica y ocurrió hace más de 12 meses, pudiendo ser de carácter natural o fisiológica y iatrogénica (por ooforectomía, radio o quimioterapia), ó por razones quirúrgicas (histerectomía).	Se consideraron dos categorías: SI: Presentó la menopausia por las razones señaladas previamente. NO: No ha presentado la menopausia.
Edad Menopausia: tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta la última menstruación.	Se declara la edad en que ocurrió el último periodo menstrual.
Terapia de Reemplazo Hormonal: Tratamiento farmacológico que consiste en la administración de estrógeno con la adición o no de progesterona en forma cíclica, en potencia, dosis y esquemas distintos, de acuerdo a las características de la mujer perimenopáusica.	Uso de terapia de reemplazo hormonal. Se consideraron dos categorías: SI: Utiliza terapia de reemplazo hormonal NO: No utiliza terapia de reemplazo hormonal
Comidas consumidas habitualmente: el reparto de las comidas a lo largo del día.	Se preguntó por el desayuno, almuerzo, onces, cena o comida si se realiza siempre o casi todos los días, a veces o solo algunos días a la semana o nunca.
Agrega sal extra a las comidas: ingerir más de 5g de sal al día (es decir más de 1 cucharita aprox).	¿Usted le agrega sal extra a las comidas? Las opciones de respuesta fueron: nunca, cuando la comida no tiene suficiente, siempre aunque otros la consideren suficiente.
Consumo de líquido al día: ingestión de líquido al día para reponer los electrolitos que se pierden en el cuerpo a través del sudor, orina y respiración.	¿Cuánta agua consume usted al día? (considere agua de hierbas, de la llave, mineral). Las opciones de respuesta fueron: No más de 2 tazas, De 3 a 5 tazas, Entre 1 y 2 litros, Más de 2 litros.
Repite comida: volver a servirse o a comer una misma cosa.	¿Cuándo termina de comer la cantidad de comida servida inicialmente, pide que le sirvan más? Las opciones de respuesta fueron: Siempre, A veces, Nunca.
Frecuencia consumo de frutas/leguminosas/verduras/vacuno/cerdo, cordero y/o víscera/mayonesa, papas fritas, sopaipillas u otras frituras/pollo, pavo/pescado/leche/quesillo/ yogurt/queso: número de veces que se consumen los alimentos.	Se pregunta ¿con qué frecuencia a la semana usted consume los siguientes alimentos? Y se marca con una x la frecuencia para cada tipo de alimentos: todos los días, 2 ó 3 veces por semana, 1 vez a la semana, 1 ó 2 veces al mes, rara vez o nunca.
Alimentos de consumo habitual entre comidas: alimentos que suelen consumirse con frecuencia.	Habitualmente ¿qué consume entre las comidas? Las opciones de respuestas fueron: Golosinas, papas fritas, otras cosas con sal/grasas; Helados, chocolates, galletas, jugos; Frutas, verduras; No como entre las comidas.

<p>Autopercepción de peso: es la imagen corporal que se hace el individuo de él/ella mismo/a.</p>	<p>De acuerdo a las siguientes figuras. ¿Cómo se considera usted en relación a su peso?</p>  <p>Bajo peso Sobrepeso Normal Obeso</p>
<p>Realiza actualmente acciones para mantener un peso adecuado: practicar actividades que contribuyan a mantener un peso saludable.</p>	<p>¿Actualmente usted está haciendo algo para mantener un peso adecuado? Se consideraron dos categorías: SI: Hace algo para mantener un peso adecuado. NO: No hace ninguna actividad para mantener un peso adecuado</p>
<p>Acciones para mantener un peso adecuado: Hecho o acto que implica realizar una actividad en el presente de manera voluntaria dirigida a mantener un peso saludable.</p>	<p>¿Qué es lo que usted hace en la actualidad para mantener un peso adecuado? Las opciones de respuesta fueron: Controlo mi alimentación, Realizo actividad física, Ambos, Otra _____</p>
<p>Razones por las que no controla su peso: reconocer el por qué no se realizan acciones para controlar el peso.</p>	<p>Se preguntó a las personas que no realizan actualmente acciones para mantener un peso adecuado ¿Por qué razón usted no controla su peso? Las opciones de respuesta fueron: Porque significa un costo extra o alto, Porque no sabe como, Porque cree no tener la voluntad suficiente, Porque no lo encuentra importante, Otra _____</p>
<p>Forma más eficaz de mantener el peso adecuado: Conjunto de características que hacen que una acción, una actividad o un comportamiento permita obtener un peso saludable.</p>	<p>¿Cuál cree usted que es la forma más eficaz de mantener un peso adecuado? Las opciones de respuesta fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hacer actividad física de forma periódica. - Mantener controlado el consumo de alimentos altos en grasas y masas; y aumentar el consumo de frutas y verduras. - Hacer actividad física de forma periódica y evitar los alimentos altos en grasas y masas, a la vez que se aumenta el consumo de frutas y verduras. - Comer menos en general.
<p>Frase que representa su actividad física: conjunto de palabras que sirven para distinguir la práctica de actividad física dentro del estilo de vida.</p>	<p>En relación a su actividad física, ¿con qué frase usted se siente más representado? Las opciones de respuesta fueron: Estoy básicamente sentado y camino poco; Realizo actividad física pero no regularmente, Hago actividad física en forma permanente.</p>

<p>Práctica de la actividad física en el último año: realización de actividad física de forma continuada durante un año.</p>	<p>¿En el último año practicó deporte o realizó actividad física fuera de su horario de trabajo, durante 30 minutos o más cada vez? Se consideraron dos categorías: SI NO</p>
<p>Práctica de la actividad física en el último mes: realización de actividad física de forma continuada durante un mes.</p>	<p>¿En el último mes practicó deporte o realizó actividad física fuera de su horario de trabajo, durante 30 minutos o más cada vez? Se consideraron dos categorías: SI NO</p>
<p>Práctica de la actividad física en la última semana: realización de actividad física de forma continuada durante una semana.</p>	<p>¿La semana pasada practicó deporte o realizó actividad física fuera de su horario de trabajo, durante 30 minutos o más cada vez? Se consideraron dos categorías: SI NO</p>
<p>Principal razón para no haber practicado actividad física: reconocer el primer lugar de importancia para no haber practicado actividad física.</p>	<p>¿Cuál es la principal razón para no haber practicado más actividad física? Las opciones de respuesta fueron: Porque su salud no se lo permite 2 No le interesa o no le motiva 3 No tuvo tiempo 4 No tiene lugares donde practicar 5 No tiene con quién practicar 6 Otro _____</p>
<p>Actividad más realizada en el tiempo libre: tiempo que las personas dedican para realizar actividades que no corresponden a su trabajo formal.</p>	<p>En las siguientes actividades realizables dentro de su tiempo libre o de ocio, ordénelas según las que usted practica (<i>del primer (1) al tercer (3) lugar de frecuencia, dónde uno es el más frecuente y 3 el menos frecuente</i>) (<i>marque solo las 3 más frecuentes</i>):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ver TV - Visitar amigos o parientes - Salir a caminar - Ir al cine o asistir de espectador a eventos o espectáculos deportivos - Practicar deporte - Leer - Asear, ordenar o reparar cosas en su hogar (lavar el auto, jardinear, etc.) - Actividades domésticas en general - Escuchar radio - Asistir a un grupo o a la Iglesia - Salir a centros comerciales - No tengo tiempo libre
<p>Postura en el trabajo: posición de los diferentes segmentos corporales cuando se</p>	<p>La mayor parte del tiempo que pasa en su trabajo lo hace: - Sentado</p>

realizan actividades ya sean de origen manual o intelectual.	<ul style="list-style-type: none">- Levantando cargas- De pié- Caminando- Conduciendo
--	--



ANEXO D. CUESTIONARIO VARIABLES BIOSOCIODEMOGRÁFICAS Y DE SALUD

Estimada(o) usuaria(o):

Este cuestionario busca conocer la percepción de la calidad de vida relacionada con salud, la autoeficacia y el apoyo social de las personas usuarias del Programa de Salud Cardiovascular de los Centros de Salud Municipalizados de Concepción, la información proporcionada será de gran valor para aportar conocimiento y poder realizar recomendaciones de mejora al Programa. Para ello es fundamental conocer aspectos de su salud. Es importante que tome en cuenta que todos los datos obtenidos serán empleados confidencialmente. Es por esto que le solicitamos que los datos sean respondidos con sinceridad, pues son imprescindibles para el desarrollo de este estudio. Desde ya le agradecemos su comprensión y cooperación.

Cuestionario Variables Sociodemográficas

.RELLENAR POR EL O LA ENTREVISTADOR(A)	
Fecha de la encuesta	/ /
Indique hora de inicio y término	Inicio: _____ horas
Centro de Salud:	Nombre: _____
Dirección:	
Teléfono:	
CUESTIONARIO CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOCRÁFICA DE TODAS LAS PERSONAS ENCUESTADAS	
P.1 Sexo	Masculino 1 Femenino.... 2
P.2 Edad (años cumplidos)	_____ años cumplidos
P.3 ¿Cuál fue el último nivel de escolaridad que usted cursó y aprobó?	Sin escolaridad (no lee ni escribe).....0 Sin escolaridad (lee y escribe).....1 Educación básica incompleta.....2 Educación básica completa.....3 Educación media incompleta.....4 Educación media completa.....5 Instituto técnico-profesional incompleta.....6 Instituto técnico-profesional completa... ..7 Universitaria incompleta.....8 Universitaria completa.....9
P.4 ¿Cuál es su estado civil actual?	Soltero(a).....1 Casado(a).....2 Conviviente.....3 Separado(a).....4 Divorciado(a).....5 Viudo(a).....6 Anulado(a).....7
P.5 ¿Cuántas personas componen su hogar, incluyéndose usted?	_____ personas
P.6 ¿Con quiénes comparte el hogar? (Lea las alternativas. Anote para cada ítem)	Pareja.....1 Hermanos(as)/Cuñados(as).....2 Hijos(as).....3 Padres/Suegros.....4 Otros familiares.....5 Otros no familiares.....6
P.7 ¿Cuántos hijos(as) tiene?	_____ hijos(as)

P.8 ¿Cuál es su situación ocupacional actual? (Lea las alternativas y marque solo una)	Independiente/cuenta propia.....1			
	Rentista.....2			
	Asalariado(a) en empresa pública.....3			
	Fuerzas armadas y de orden.....4			
	Asalariado(a) en empresa privada.....5			
	Servicio Doméstico.....6			
	Temporalmente cesante.....7			
	Retirado(a)/Pensionado(a).....8			
	No trabaja remuneradamente.....9			
P.9 ¿Qué tipo de trabajo hace usted? (Pida que describa, anote textual lo expresado)	_____			
P.10 ¿Usa algún medicamento de manera permanente?	Sí.....1 Pasar a P.11	No.....2 Pasar a P.12		
P.11 ¿Qué medicamento utiliza?	_____			
P.12 ¿Consume cigarrillos?	Sí.....1 Pasar a P.13	No.....2 Pasar a P.14		
P.13 ¿Cuántos cigarrillos fuma por día?	_____ cigarrillos			
P.14 ¿Presentó la menopausia?	Sí.....1 Pasar a P.15 y P.16	No.....2 Pasar a P.17		
P.15 ¿A qué edad presentó usted la menopausia?	_____ años			
P.16 ¿Utiliza Terapia de Reemplazo Hormonal?	Sí.....1	No.....2		
HÁBITOS ALIMENTARIOS				
P.17 Marque las comidas que habitualmente consume				
	Comida	Siempre o casi todos los días (1)	A veces o solo algunos días a la semana (2)	Nunca (3)
	17.1 Desayuno			
	17.2 Almuerzo			
	17.3 Once			
	17.4 Cena o comida			
P.18 ¿Usted le agrega sal extra a las comidas?	1 Nunca 2 Cuando la comida no tiene suficiente 3 Siempre, aunque otros la consideren suficiente			
P.19 ¿Cuánta agua consume usted al día? (considere agua de hierbas, de la llave, mineral)	1 No más de 2 tazas 2 De 3 a 5 tazas 3 Entre 1 y 2 litros 4 Más de 2 litros			
P.20 ¿Cuándo termina de comer la cantidad de comida servida inicialmente, pide que le sirvan más?	1 Siempre 2 A veces 3 Nunca			

P. 21 ¿ Con qué frecuencia a la semana usted consume los siguientes alimentos? (Marque con una x la frecuencia para cada tipo de alimentos)

	Todos los días (1)	2 ó 3 veces por semana (2)	1 vez a la semana (3)	1 ó 2 veces al mes (4)	Rara vez o nunca (5)
21.1 Frutas					
21.2 Leguminosas					
21.3 Verdura					
21.4 Carne de Vacuno					
21.5 Carne de cerdo, cordero y/o vísceras					
21.6 Mayonesa, papas fritas, sopaipillas u otras frituras					
21.7 Carne de pollo y/o pavo					
21.8 Leche					
21.9 Quesillo					
21.10 Yogurt					
21.11 Pescado					
21.12 Queso					

P.22 Habitualmente ¿qué consume entre las comidas?

- 1 Golosinas, papas fritas, otras cosas con sal/grasas
- 2 Helados, chocolates, galletas, jugos
- 3 Frutas, verduras
- 3 No como entre las comidas

P.23 ¿Cuántos panes come usted diariamente?

P.24 De acuerdo a las siguientes figuras. ¿Cómo se considera usted en relación a su peso?

- 1 Bajo peso
- 2 Sobre peso
3. Normal
- 4 Obeso



Bajo peso Normal Sobre peso Obeso Bajo peso Normal Sobre peso Obesa

P.25 ¿Actualmente usted está haciendo algo para mantener un peso adecuado?

Sí.....1

No.....2
PASE A PREGUNTA Nº 28

P.26 ¿Qué es lo que usted hace en la actualidad para mantener un peso adecuado?

- 1 Controlo mi alimentación
- 2 Realizo actividad física
- 3 Ambos
- 4 Otra _____

P.27 ¿Por qué razón usted no controla su peso?

- 1 Porque significa un costo extra o alto
- 2 Porque no sabe como
- 3 Porque cree no tener la voluntad suficiente
- 4 Porque no lo encuentra importante
- 5 Otra _____

P.28 ¿Cuál cree usted que es la forma más eficaz de mantener un peso adecuado?

- 1 Hacer actividad física de forma periódica
- 2 Mantener controlado el consumo de alimentos altos en grasas y masas; y aumentar el consumo de frutas y verduras

	3 Hacer actividad física de forma periódica y evitar los alimentos altos en grasas y masas, a la vez que se aumenta el consumo de frutas y verduras 4 Comer menos en general
ACTIVIDAD FÍSICA	
P.29 En relación a su actividad física, ¿con qué frase usted se siente más representado?	1 Estoy básicamente sentado y camino poco 2 Realizo actividad física pero no regularmente 3 Hago actividad física en forma permanente
P. 30 ¿En el último año practicó deporte o realizó actividad física fuera de su horario de trabajo, durante 30 minutos o más cada vez?	Sí.....1 No.....2
P.31 ¿En el último mes practicó deporte o realizó actividad física fuera de su horario de trabajo, durante 30 minutos o más cada vez?	Sí.....1 No.....2
P.32 ¿La semana pasada practicó deporte o realizó actividad física fuera de su horario de trabajo, durante 30 minutos o más cada vez?	Sí.....1 ¿Cuál? _____ (pase a pregunta 34)
P.33 ¿Cuál es la principal razón para no haber practicado más actividad física? (marcar sólo una, la principal)	1 Porque su salud no se lo permite 2 No le interesa o no le motiva 3 No tuvo tiempo 4 No tiene lugares donde practicar 5 No tiene con quién practicar 6 Otro _____
P.34 En las siguientes actividades realizables dentro de su tiempo libre o de ocio, ordénelas según las que usted practica (del primer (1) al tercer (3) lugar de frecuencia, dónde uno es el más frecuente y 3 el menos frecuente) (marque solo las 3 más frecuentes)	1 Ver TV 2 Visitar amigos o parientes 3 Salir a caminar 4 Ir al cine o asistir de espectador a eventos o espectáculos deportivos 5 Practicar deporte 6 Leer 7 Asear, ordenar o reparar cosas en su hogar (lavar el auto, jardinear, etc.) 8 Actividades domésticas en general 9 Escuchar radio 10 Asistir a un grupo o a la Iglesia 11 Salir a centros comerciales 12 No tengo tiempo libre
P. 35 La mayor parte del tiempo que pasa en su trabajo lo hace: (marque solo una)	1 Sentado 2 Levantando cargas 3 De pie 4 Caminando 5 Conduciendo

ANEXO E. CUESTIONARIO SF-36 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD

CUESTIONARIO SF-36 v.2 TM

P.36 En general, diría Ud. que **su Salud es**:

Excelente 5 Muy buena 4 Buena 3 Regular 2 Mala 1

P.37 Comparando su Salud con la de un año atrás, ¿Como diría Ud. que en general, está **su Salud ahora?**

Mucho mejor 5 Algo mejor 4 Igual 3 Algo peor 2 Peor 1

P.38 Las siguientes actividades son las que haría Ud. en un día normal. **¿Su estado de Salud actual** lo limita para realizar estas actividades? Si es así. **¿Cuánto lo limita?** Marque el círculo que corresponda.

Actividades	Si, muy limitada (1)	Si, un poco limitada (2)	No, no limitada (3)
38.1 Esfuerzos intensos; correr, levantar objetos pesados, o participación en deportes que requieren gran esfuerzo.			
38.2 Esfuerzos moderados; mover una mesa, barrer, usar la aspiradora, caminar más de 1 hora.			
38.3 Levantar o acarrear bolsa de las compras.			
38.4 Subir varios pisos por las escaleras.			
38.5 Subir un solo piso por la escalera.			
38.6 Agacharse, arrodillarse o inclinarse.			
38.7 Caminar más de 10 cuadras (1 Km).			
38.8 Caminar varias cuadras.			
38.9 Caminar una sola cuadra.			
38.10 Bañarse o vestirse.			

P.39 Durante el **último mes** ¿Ha tenido Ud. alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en el desempeño de sus actividades diarias a causa de **su salud física**?

Actividades	Siempre (1)	La mayor parte del tiempo (1)	Algunas veces (2)	Pocas veces (2)
39.1 Redujo la cantidad de tiempo dedicada a su trabajo u otra actividad				
39.2 Hizo menos de lo que le hubiera gustado hacer.				
39.3 Estuvo limitado en su trabajo u otra actividad.				
39.4 Tuvo dificultad para realizar su trabajo u otra actividad.				

P.40 Durante el **último mes** ¿Ha tenido Ud. alguno de estos problemas en su trabajo o en el desempeño de sus actividades diarias como resultado de **problemas emocionales** (sentirse deprimido o con ansiedad)?

	Siempre (1)	La mayor parte del tiempo (2)	Algunas veces (3)	Pocas veces (4)	Nunca (5)
40.1 Ha reducido el tiempo dedicado su trabajo u otra actividad.					
40.2 Ha logrado hacer menos de lo que hubiera querido.					
40.3 Hizo su trabajo u otra actividad con menos cuidado que el de siempre.					

P.41 Durante el **último mes**, ¿En qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus **actividades sociales normales** con la familia, amigos o su grupo social?

De ninguna manera Un poco Moderadamente Bastante Mucho

P.42 ¿Tuvo **dolor** en alguna parte del cuerpo en el **último mes**?

Ninguno Muy poco Leve Moderado Severo Muy severo

P.43 Durante el **último mes** ¿Hasta qué punto el **dolor ha interferido con sus tareas** normales (incluido el trabajo dentro y fuera de la casa)?

De ninguna manera Un poco Moderadamente Bastante Mucho

P.44 Las siguientes preguntas se refieren a **como se ha sentido Ud.** durante el último mes. Responda todas las preguntas con la respuesta que mejor indique su estado de ánimo. **Cuánto tiempo** durante el último mes:

	Siempre (5)	Casi todo el tiempo (4)	Un poco (3)	Muy poco tiempo (2)	Nunca (1)
44.1 ¿Se sintió muy animoso?					
44.2 ¿Estuvo muy nervioso?					
44.3 ¿Estuvo muy decaído que nada lo anima?					
44.4 ¿Se sintió tranquilo y calmado?					
44.5 ¿Se sintió con mucha energía?					
44.6 ¿Se sintió desanimado y triste?					
44.7 ¿Se sintió agotado?					
44.8 ¿Se ha sentido una persona feliz?					
44.9 ¿Se sintió cansado?					

P.45 Durante el último mes ¿**Cuánto de su tiempo** su salud física o problemas emocionales han dificultado sus **actividades sociales**, como por ejemplo; visitar amigos o familiares.

Siempre la mayor parte del tiempo Algunas veces Pocas veces Nunca

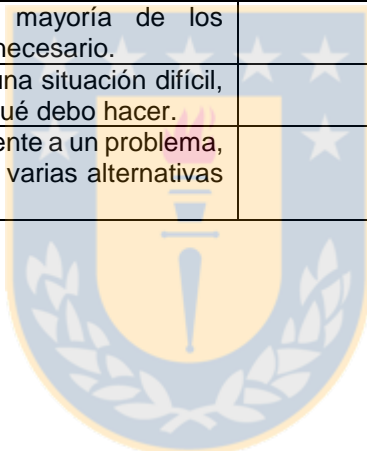
P.46 Para Ud. ¿Qué tan cierto o falso son estas afirmaciones respecto a su Salud?

	Definitivamente cierto	Casi siempre, cierto	No sé	Casi siempre, falso	Definitivamente falso
46.1 Me enfermo con más facilidad que otras personas.	1	2	3	4	5
46.2 Estoy tan Saludable como cualquiera persona.	5	4	3	2	1
46.3 Creo que mi salud va a empeorar.	1	2	3	4	5
46.4 Mi salud es excelente.	5	4	3	2	1

!!! Gracias por su colaboración!!!!

ANEXO F. ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERAL

	Incorrecto (1)	Apenas Cierto (2)	Más bien cierto (3)	Cierto (4)
P.47.1 Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga.				
P.47.2. Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.				
P.47.3 Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.				
P.47.4 Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados.				
P.47.5 Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas.				
P.47.6 Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.				
P.47.7 Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.				
P.47.8 Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario.				
P.47.9 Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer.				
P.47.10 Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.				



ANEXO G. ESCALA DE PERCEPCIÓN APOYO SOCIAL

	Casi Nunca (1)	A veces (2)	Con frecuencia (3)	Siempre o casi siempre (4)
P.47.1 Cuando necesito algo, sé que hay alguien que me puede ayudar.				
P.47.2 Cuando tengo penas o alegrías, hay alguien que me puede ayudar.				
P.47.3 Tengo la seguridad que mi familia trata de ayudarme.				
P.47.4 Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que requiero.				
P.47.5 Hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito.				
P.47.6 Tengo la seguridad de que mis amigos(as) tratan de ayudarme.				
P.47.7 Puedo contar con mis amigos(as) cuando tengo problemas				
P.47.8 Puedo conversar de mis problemas con mi familia.				
P.47.9 Cuando tengo alegrías o penas puedo compartirlas con mis amigos (as).				
P.47.10 Hay una persona que se interesa por lo que yo siento.				
P.47.11 Mi familia me ayuda a tomar decisiones.				
P.47.12 Puedo conversar de mis problemas con mis amigos (as).				

ANEXO H. INTERPRETACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS RECOLECTORES DE DATOS.

INSTRUMENTO B: Cuestionario genérico SF-36.

Mide la variable Calidad de Vida Relacionada con Salud. Contiene ocho dimensiones (264):

1. Función física: Consta de 10 ítems con tres alternativas de respuesta, (mucho=1; poco=2; nada=3), con un rango de 10 a 30 puntos
2. Rol físico: Tiene cuatro ítems con dos alternativas de respuesta (si=1; no=2), en un rango de 4 a 8 puntos.
3. Dolor corporal: Tiene 2 ítems con 5 alternativas de respuesta, (mucho=1; bastante=2; regular=3; un poco= 4; nada=5), con un rango de 2 a 10 puntos.
4. Salud general: Tiene 5 ítems y con 5 alternativas de respuesta (todo verdadero=1; bastante cierto=2; no lo sé= 3; bastante falsa= 4; totalmente falso= 5), en un rango de 5 a 25 puntos.
5. Vitalidad: Tiene 4 ítems con 5 alternativas de respuesta (en extremo=5; mucho=4, normal=3; algo=2; nada=1), en un rango de 4 a 20 puntos.
6. Función Social: Tiene 2 ítems con 5 alternativas de respuesta (siempre =1; casi siempre=2; algunas veces=3; sólo algunas vez=4; nunca=5), en un rango de 2 a 10 puntos.
7. Rol Emocional: Tiene 3 ítems con 2 alternativas de respuesta, (si=1; no=2), en un rango de 3 a 6 puntos.
8. Salud Mental: Tiene 5 ítems con cinco alternativas de respuesta, (siempre=1; casi siempre=2; algunas veces=3; sólo algunas vez=4; nunca=5), en un rango de 5 a 25 puntos.

La suma de los puntajes entregados por los sujetos a cada uno de los ítems determina el valor que se obtiene en cada dimensión. Para cada dimensión los ítems se codifican en una escala que tiene un rango de 0 a 100, donde 0 es el peor resultado y 100 el mejor. No todas las respuestas tienen el mismo valor, depende del número de posibilidades de respuesta para cada pregunta.

Tabla 62. Información acerca de las sub-escalas del Cuestionario genérico SF-36 y la interpretación de los bajos y altos puntajes

Dimensión	NºItem	Peor puntuación 0	Mejor Puntuación 100
Item de transición de salud	1	¿Cree que su salud es mucho peor ahora que hace un año?	¿Cree que su salud general es mucho mejor ahora que hace un año?
Dolor Corporal	2	Dolor muy intenso y extremadamente limitante.	Ningún dolor ni limitaciones debidas a él.
Función Física	10	Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas incluido bañarse o ducharse debido a la salud.	Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas, incluidas las más vigorosas sin ninguna limitación debido a su salud.
Rol Físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a salud física.	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física.
Saludo General	5	Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore.	Evalúa la propia salud como excelente.
Función Social	2	Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales debido a problemas físicos o emocionales.	Lleva a cabo las actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales.
Rol Emocional	3	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales.	Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales.
Salud Mental	5	Sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo.	Sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo.
Vitalidad	4	Se siente cansado y exhausto todo el tiempo.	Se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo.

Fuente: Traducción Ware J, Sherbourne CD.1992 (156).

INSTRUMENTO C: Escala de Autoeficacia General.

Esta escala está conformada por 10 reactivos, el puntaje mínimo es de 10 puntos y el máximo de 40 puntos. Las respuestas son tipo Likert: Incorrecto (1 punto), apenas cierto (2 puntos), más bien cierto (3 puntos) o cierto (4 puntos), la persona responde a cada reactivo de acuerdo a lo que ella percibe de su capacidad en el momento. A mayor puntaje mayor autoeficacia general (76).

INSTRUMENTO D: Escala Multidimensional de Percepción de Apoyo Social.

Esta está compuesta por 12 ítems, que recogen información del apoyo social percibido en tres áreas: familia, amigos y otros significativos. Las preguntas se clasifican: Familia: 3, 4, 8, 11; Otros significativos: 1, 2, 5, 10 y Amigos: 6, 7, 9, 12. Los puntajes finales se van sumando los puntajes brutos: En lo general, el valor mínimo es un puntaje de 12 y el máximo de 48. Dentro de las subescalas; familia, amigos y otros significativos. El mínimo es 4 y el máximo es 16. En la medida que están más cercanos al puntaje óptimo mejor es el apoyo social percibido, al contrario si están más cercanos al puntaje mínimo más deficitario es el apoyo social percibido. Su escala es tipo Likert de 4 puntos: 1 = casi nunca; 2 = a veces; 3 = con frecuencia; 4 = siempre o casi siempre. El puntaje mínimo es 0 y el máximo 48. A mayor puntaje obtenido, se estima mayor percepción de apoyo social (266).

ANEXO I: PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LOS INDICADORES DE SALUD FÍSICA

Presión Arterial

La medición clínica de este indicador debe tomar en cuenta factores inherentes a la persona, el equipo y la técnica utilizadas en dicha medición (267).

Factores en relación con el paciente

1. La persona debe estar sentada cómodamente, relajada, con la espalda apoyada y con el brazo también apoyado, a nivel del corazón. Se recomienda permanecer 5 minutos en esta postura antes de proceder a la lectura de la Presión Arterial.
2. No haber fumado ni tomado café al menos 30 minutos a una hora antes de la medición.
3. El medio ambiente debe estar exento de ruidos y con una temperatura agradable.

Factores en relación con el equipo de medición

1. La anchura y la longitud del brazal.
2. El esfigmomanómetro debe ser calibrado cada 6 meses.
3. La columna de mercurio o la aguja debe estar en la posición cero y debe descender libremente cuando se comienza a reducir la presión.

Factores en relación con la técnica utilizada

1. Localizar adecuadamente el latido de la arteria braquial y el pulso radial y seguidamente inflar con rapidez el manguito hasta 30 mmHg por encima de la presión sistólica reconocida por la desaparición del pulso radial. Al llegar a este punto, colocar la campana del estetoscopio en la fosa antecubital y comenzar a desinflar el manguito lentamente a razón de 3 mmHg por segundo.
2. Reconocer como Presión Arterial Sistólica el primer ruido de Korotkoff (fase I) y como Presión Arterial Diastólica el último ruido (fase V de Korotkoff).

Tabla 63. Clasificación de la Presión Arterial

	Categoría	Presión Arterial Sistólica (mmHG)		Presión Arterial Diastólica (mmHG)
Prehipertensión	Óptima	<120	Y	<80
	Normal	120-129	y/o	80-84
	Normal Alta	130-139	y/o	85-89
	HTA Etapa 1	140-159	y/o	90-99
	HTA Etapa 2	160-179	y/o	100-109
	HTA Etapa 3	≥180	y/o	≥110
	Hipertensión sistólica aislada	≥140	Y	<90

Fuente: Minsal, 2010 (162).

Índice de Masa Corporal (IMC)

El cálculo del IMC es la relación entre el peso y la talla al cuadrado. Un IMC elevado se asocia con un mayor riesgo de efectos adversos para la salud.

$IMC = \text{Peso (kg)} / \text{Estatura}^2 \text{ (m}^2\text{)}$ (268).

Peso: Se midió con una báscula de barra de equilibrio. Se debe revisar la báscula sin ningún peso en ella antes de cada medición, si no está marcando 0, debe ajustarse para establecer la lectura en 0.

Para obtener mediciones exactas, deben realizarse los siguientes pasos de estandarización (163):

- Se debe solicitar a la persona usuaria que se quite los zapatos y la mayor cantidad de ropa (abrigos, chaquetas, cinturón, bufandas, etc) y que vacíe los bolsillos.
- De preferencia la persona usuaria debe vaciar la vejiga 1 hora antes de la medición.
- Idealmente, el peso debe medirse en la mañana antes de ingerir cualquier comida o bebida. No obstante, dado que esto no siempre es práctico ni posible, la hora del día debe ser similar para comparaciones secuenciales de medición, sin ningún consumo de comida o bebida previo a la medición. Cabe destacar que para este estudio las personas fueron citadas en horas similares para cada medición.

Talla: se mide con un instrumento llamado estadiómetro (tallímetro), para este estudio fue una varilla vertical unida a la báscula de peso. El procedimiento es el siguiente (163):

- La persona usuaria debe quitarse los zapatos y otros accesorios de uso para cabeza o cabello, como sombrero.
- La persona usuaria debe colocarse en posición erguida, con la planta del pie colocada en su totalidad sobre el piso, con los talones juntos.
- La persona usuaria debe inhalar normalmente y mantener la respiración mirando hacia el frente (la cabeza en posición neutra respecto de la barbilla).

Una vez obtenido el resultado del IMC, se compara con la tabla 64 a continuación.

Tabla 64. Clasificación del Estado Nutricional en Adultos.

IMC		Riesgo de enfermedades cardiovasculares
Bajo Peso	<18,5	Bajo
Normal	18,5-24,9	Promedio
Sobrepeso	25-29,9	Levemente aumentado
Obesidad	≥ 30	Aumentado

Fuente: Minsal, 2008 (268).

Circunferencia Abdominal (CA)

La circunferencia abdominal se midió con una cinta de medición con calibrador para estandarizar la tensión. Esta medición debe realizarse mediante los siguientes pasos (268):

- El profesional que va a realizar la medición debe colocarse a lado derecho de la persona usuaria.
- La medición debe realizarse sobre la piel.
- La medición debe tomarse al final de una exhalación normal de la persona usuaria.
- La cinta de medición debe ser paralela al piso y jalarse para quedar plana sobre la piel, sin oprimirla.

Implica un “riesgo moderado o alto” de complicaciones metabólicas asociadas con la obesidad abdominal. Los hombres con un CC mayor a 102 cm y las mujeres con CC mayor a 88 cm tienen un riesgo cardiovascular elevado. La CC no es una medida confiable en personas con IMC mayor que 35 kg/m (268). (Tabla 65)

Tabla 65. Circunferencia de Cintura, según sexo.

	Riesgo Moderado	Riesgo Alto
Mujeres	≥80cm	≥88cm
Hombres	≥94cm	≥102cm

Fuente: Minsal, 2008 (268).

Perfil Lipídico

La tabla 66 a continuación muestra las categorías y clasificación del perfil lipídico, utilizado en Chile, basado en las recomendaciones del ATP III (Tercer Informe del Programa Nacional de Educación en Colesterol del NHLBI de USA) (268).

Tabla 66. Clasificación del Col-Total, LDL, HDL y Triglicéridos (mg/dL)

Col-Total	
<200	Deseable
200-239	Límite alto
≥240	Muy alto
Col-HDL	
<40	Bajo (no deseable)
≥60	Alto (deseable)
Col-LDL	
<100	Óptimo
100-129	Cerca al óptimo/sobre el óptimo
130-159	Límite alto
160-189	Alto
≥190	Muy alto
Triglicéridos	
<150	Normal
150-159	Límite alto
200-499	Alto
≥500	Muy alto

Fuente: American College of Sports Medicine, 2014 (163). Minsal, 2008 (268).

El perfil lipídico también incluye la medición de dos indicadores:

Índice de Aterogenicidad: relación LDL/HDL, debe ser $< 3,5$.

Factor de Riesgo Cardiovascular: se refiere a la relación entre CT/HDL, el cual debe ser $< 4,7$

Riesgo Coronario a 10 años (164):

Figura 52. Simulador para el Cálculo Riesgo Coronario a 10 años

Prevencción Primaria de Enfermedad Coronaria

Tablas de Framingham para la estimación de riesgo coronario a 10 años adaptadas a la población chilena.

Proyecto FONIS SA06I20065
"Tablas de riesgo coronario para la población chilena".

FonIS TALCA PIFRECV

Estas tablas, basadas en el estudio de Framingham, se desarrollaron para medir el riesgo coronario (angina, infarto de miocardio silente o con síntomas, mortal o no) a 10 años y se han adaptado a las características de la población chilena siguiendo un procedimiento estándar.

Para estimar el riesgo coronario a 10 años ingrese la siguiente información:

Edad	45	
Sexo	Fumador (a)	Diabético (a)
Hombre <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/>
Mujer <input checked="" type="radio"/>	No <input checked="" type="radio"/>	No <input checked="" type="radio"/>
Colesterol total (mg/dl): 220		
Colesterol HDL (mg/dl): 50		
Presión arterial sistólica (mmHg): 140		
Presión arterial diastólica (mmHg): 90		

Calcular Limpiar

Riesgo Coronario a 10 años
1% (Bajo)

Categorías de Riesgo	
Muy Alto	$\geq 20\%$
Alto	10-19%
Moderado	5-9%
Bajo	$< 5\%$

Tabla 67. Clasificación según probabilidad de presentar un evento cardiovascular a 10 años

Clasificación Riesgo Cardiovascular	% de riesgo
Bajo	< 5%
Moderado	5-9%
Alto	10-19%
Muy Alto	≥ 20%

Fuente: Escobar M, Obreque A. 2010 (9).



ANEXO J: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento Informado para Grupo Experimental

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Título del proyecto de Investigación: “Efecto de intervención de Enfermería dirigida a la Salud Cardiovascular en Atención Primaria”

Investigador principal: VIVIAN VÍLCHEZ BARBOZA, Enfermera, Magíster en Ciencias de la Enfermería, Alumna del Programa de Doctorado en Enfermería, Universidad de Concepción. RUT: 23.630.111-7. Teléfono: (041) 220-7065

Sede donde se realizará el estudio: Universidad de Concepción

Nombre de la persona usuaria: _____

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación en Enfermería. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

1. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

- Establecer el efecto de una intervención de Enfermería dirigida al control de factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, dislipidemia y sobrepeso) y mejoramiento de la calidad de vida relacionada con salud (CVRS), fortaleciendo autoeficacia y apoyo social en personas usuarias del programa de salud cardiovascular de los Centros de Salud Municipales de Concepción.
- Describir la experiencia de vida “vivir con expectativas de cambio” y su influencia en la calidad de vida relacionada con salud.

2. BENEFICIOS DEL ESTUDIO: Los beneficios que se obtendrán de este estudio es información que contribuirá a orientar estrategias de prevención y promoción de la salud en personas con factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, dislipidemia, sobrepeso).

3. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO: En caso de aceptar a participar en el estudio recibirá, 10 sesiones de consejería de Enfermería personalizadas, presenciales y telefónicas, distribuidos en los meses de junio a diciembre del presente año; donde se trabajarán temas de salud dirigidos al control de factores de riesgo cardiovascular y mejoramiento de la calidad de vida relacionada con salud. Además se realizará una entrevista, la cual consistirá en conversar sobre la experiencia de vivir con expectativas de cambio, el diálogo tendrá una duración entre 30 y 60 minutos, dependiendo de cuánto quieran extenderse los participantes. Por una única vez. La entrevista será grabada y se hará una transcripción de la misma y será corroborada una vez transcrita. El estudio cuenta con la autorización del Comité de Ética de la Universidad de Concepción, la Dirección de Administración de Salud de Concepción y los Centros de Salud Municipalizados de Concepción, 2012.

4. RIESGOS ASOCIADOS CON EL ESTUDIO: No existe riesgo en participar en esta investigación.

5. ACLARACIONES

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, su decisión será respetada.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- Recibirá el pago de los pasajes ida y regreso para asistir a las consultas.
- Se le entregará una colación cuando asiste a las consultas.
- Se le entregará material de apoyo correspondiente a los temas a tratar en las sesiones de Consejería.
- En el transcurso de la investigación usted podrá solicitar información sobre el estudio.

- Los resultados de este estudio pueden ser presentados en conferencias, congresos o publicados, pero su nombre e identidad no serán revelados y los datos proporcionados permanecerán en forma confidencial.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

6. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado(a) y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

FIRMA PARTICIPANTE EN
EL ESTUDIO

FECHA

Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):

He explicado al Señor o Señora _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apegó a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

FIRMA DE LA
INVESTIGADORA

FECHA

Consentimiento Informado para Grupo Control

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Título del proyecto de Investigación: “Efecto de intervención de Enfermería dirigida a la Salud Cardiovascular en Atención Primaria”

Investigador principal: VIVIAN VÍLCHEZ BARBOZA, Enfermera, Magíster en Ciencias de la Enfermería, Alumna del Programa de Doctorado en Enfermería, Universidad de Concepción. RUT: 23.630.111-7. Teléfono: (041) 220-7065

Sede donde se realizará el estudio: Universidad de Concepción

Nombre de la persona usuaria: _____

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación en Enfermería. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

1. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

A usted se le está invitando a participar en este proyecto de investigación, el cual pertenece a una tesis para obtener grado de Doctora en Enfermería, de la Universidad de Concepción y tiene como objetivos:

- Determinar la calidad de vida relacionada con salud, la percepción de autoeficacia y la percepción de apoyo social.
- Describir indicadores de salud física: presión arterial, colesterol, triglicéridos, índice de masa corporal, circunferencia de cintura.

Se le harán controles de salud al menos en dos ocasiones.

2. BENEFICIOS DEL ESTUDIO: Los beneficios que se obtendrán de este estudio es información que contribuirá a orientar estrategias de prevención y promoción de la salud en personas con factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, dislipidemia, sobrepeso).

3. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO: En caso de aceptar a participar en el estudio se le realizarán algunas preguntas sobre usted, su calidad de vida relacionada con salud, su autoeficacia y su apoyo social; además de manera gratuita se le realizarán exámenes de sangre en laboratorio para conocer los valores de colesterol y triglicéridos, así como toma de medidas antropométricas (peso, talla, circunferencia de cintura) y presión arterial.

El estudio cuenta con la autorización del Comité de Ética de la Universidad de Concepción, la Dirección de Administración de Salud de Concepción y los Centros de Salud Municipalizados de Concepción, 2012.

5. RIESGOS ASOCIADOS CON EL ESTUDIO: No existe riesgo en participar en esta investigación.

6. ACLARACIONES

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, su decisión será respetada.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- Recibirá el pago de los pasajes ida y regreso para asistir a las consultas.
- Se le entregará una colación cuando asiste a las consultas.
- En el transcurso de la investigación usted podrá solicitar información sobre el estudio.
- Los resultados de este estudio pueden ser presentados en conferencias, congresos o publicados, pero su nombre e identidad no serán revelados y los datos proporcionados permanecerán en forma confidencial.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

7. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado(a) y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

FIRMA PARTICIPANTE EN
EL ESTUDIO

FECHA

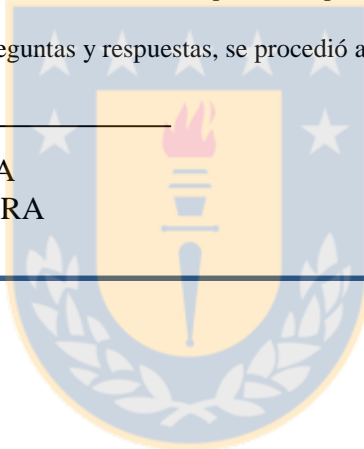
Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):

He explicado al Señor o Señora _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

FIRMA DE LA
INVESTIGADORA

FECHA



ANEXO K: APROBACIÓN COMITÉS DE ÉTICA



UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
FACULTAD DE MEDICINA
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

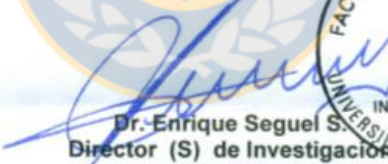


Sra.
Prof. Tatiana Paravic K.
Directora
Programa Doctorado en Enfermería
Facultad de Medicina
Presente./

De mi consideración,

Me es grato hacer llegar a UD. el informe ético del Proyecto de Tesis de la alumna del Programa Doctorado en Enfermería, Sra. Vivian Vilchez B. denominado "Efecto de intervención de Enfermería dirigida a la salud cardiovascular en atención primaria".

Sin otro particular, me despido de UD. saludándola muy atentamente.


Dr. Enrique Seguel S.
Director (S) de Investigación
Facultad de Medicina
Universidad de Concepción



Concepción, 4 de Octubre de 2012.
ESS/ecv
DIEM 042/2012

ORD.: N° 2248-12

ANT.:

MAT.: SOLICITA INFORMACIÓN POR TESIS
DOCTORAL

CONCEPCION, 13 JUL. 2012

DE: DIRECTOR ADMINISTRACION DE SALUD
DR. GONZALO URREA CORREA

A: DIRECTORA PROGRAMA DOCTORADO EN ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
DRA. TATIANA PARAVIC KLIJN

Junto con saludar cordialmente a usted, tenemos a bien indicar que, esta Dirección de Salud ha aceptado el Proyecto de Tesis titulado **"Efecto de Intervención de Enfermería para Prevenir Riesgo Cardiovascular y Mejorar Calidad de Vida"**, a realizar por la Sra. Vivian Vilchez Barboza, estudiante de Doctorado en Enfermería de la Universidad de Concepción, en los CESFAM de dependencia Municipal de Concepción.

Sin otro particular, le saluda cortésmente,



DR. GONZALO URREA CORREA
DIRECTOR ADMINISTRACION DE SALUD

MAG/cts

Distribución

- La indicada
- Directoras CESFAM Salud Municipal de Concepción (6)
- C.c.,
- Arch. Sub Dirección Gestión y Proyectos
- Arch. Correlativo

ANEXO L: FINANCIAMIENTOS OBTENIDOS



Comisión Nacional de Investigación
Científica y Tecnológica - CONICYT

N° 018/Programa Formación de Capital Humano Avanzado/ 2172

Santiago, 20 de Noviembre del 2012

Ref.: Postulación N° 81120482

Señora
VIVIAN VILCHEZ BARBOZA
Presente

En relación con el Concurso Beca Asistencia a Eventos y Cursos Cortos para Estudiantes de Doctorado, Convocatoria 2012, tengo el agrado de informar a usted que su postulación ha sido seleccionada para la obtención de la beca.

Le hago llegar mis felicitaciones por el éxito de su postulación y el reconocimiento que los/las evaluadores/as han brindado al mérito de sus antecedentes.

Se adjunta a la presente carta la descripción del proceso de evaluación y las calificaciones de su postulación.

Deseándole el mejor de los éxitos, saluda atentamente a usted,

DENISE SAINT-JEAN

Directora
Programa Formación de Capital Humano Avanzado
CONICYT


Atrévete a Innovar
con tu Tesis 

Se otorga el presente diploma a

Vivian Vílchez Barboza

Como ganador de la Convocatoria de Apoyo a
la Realización de Tesis, Memoria o Trabajo de Titulación de
Educación de Pre y Post Grado del segundo semestre del año 2012.



FONDO DE INNOVACIÓN TECNOLÓGICA DE LA REGIÓN DEL BIO-BIO
CORFO INNOVA BIO BIO 

CONCEPCIÓN, 18 noviembre 2013.-

Srta. Vivian Vilchez B.
Estudiante
Programa de Doctorado en Enfermería
PRESENTE

Ref. Resultado Convocatoria Financiamiento Tesis CD UCO1201.

Estimada Investigadora:

El Convenio de Desempeño UCO1201 comunica a Usted que su propuesta, "EFECTO DE INTERVENCIÓN INNOVADORA CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA PERSONALIZADA Y TELEFÓNICA DIRIGIDA A LA SALUD CARDIOVASCULAR EN ATENCIÓN PRIMARIA EN LOS CENTROS DE SALUD MUNICIPALIZADOS DE CONCEPCIÓN", ha sido meritoria para ser financiada con recursos financieros. El monto asignado es igual al solicitado y asciende a la suma de \$ 1.000.000. Para los efectos de ejecución financiera usted debe tomar contacto con la Ingeniero Sra. Adriana Añazco G. (aanazco@udec.cl).

COMENTARIOS DE LOS REVISORES

En general se consideró que es factible desarrollar la propuesta, considerando la idoneidad del investigador responsable y alternativo para realizar el proyecto la factibilidad técnica y económica.

Se considera una investigación innovadora a la actual forma de aplicar el programa de salud cardiovascular en Chile. Es una propuesta con relevancia a la problemática de salud del país y con extrapolación a problemática mundial. Se enmarca en las nuevas estrategias de prevención en salud con enfoque a la participación del paciente en su propia y responsable actitud al estado de salud.

Tanto el investigador y su tutor tienen experiencia y capacidad de llevar adelante la investigación. No se deja muy claro el papel que tendrán otros profesionales en esta investigación y si serán claves en el resultado final de este proyecto.

RECOMENDACIONES

1) Se debería considerar la factibilidad de aplicar la intervención en el escenario real con el que cuenta el programa de salud cardiovascular, es decir la validación de este protocolo será de importancia en manos de los profesionales que llevan el programa o de las recomendaciones que puedan factiblemente llegar a aplicarse en los CESFAM. No se puede llegar a saber si la diversidad de los CESFAM (no está descrito en este proyecto) sea una variable también a considerar y la investigadora podría indagar si los resultados tienen asociación a esa variable.

2) Se recomienda definir si los pacientes serán sometidos a tratamiento farmacológico durante el seguimiento y si el grado de riesgo o descompensación metabólica será considerado de forma individual o grupal (eso se debería neutralizar si los grupos son homogéneos), no se indica que pasará al finalizar el proyecto con los pacientes tratados, quedarán desprotegidos del apoyo social y eso puede ser negativo al efecto esperado. No se indica si los controles serán de otro centro o del mismo para evitar sesgos de pacientes tratados y no tratados que se cruzan en el mismo sitio de atención.

3) Referente a la viabilidad de la ejecución principalmente relacionada con

- Intervención Innovadora de Enfermería: Consejería Personalizada y Telefónica con método de software interactivo

- Intervención Dialógica: Vivir con Expectativas de Cambio

- Evaluación y valoración de las intervenciones.

Surge la duda si los tiempos de aplicación de ambas intervenciones en la sumatoria de las sesiones y llamados telefónicos podrá ser manejada bajo una buena adhesión a las citas y a los llamados telefónicos, ya que a partir de la sesión 3 sólo se manejará un mes para los pacientes y la sesión 4 y 5 están juntas en un mes. Si de los 120 pacientes 60 fueran sometidos a intervención (supuesto) tendría que realizar 3 intervenciones diarias, ya que se consigna una duración de una hora por paciente. Como no se indican los CESFAM, si estos son más de uno, la coordinación de las entrevistas puede verse afectada (supuesto por falta de datos).

SE recomienda para futuras presentaciones esclarecer este aspecto.

4) El criterio de inclusión de paciente al proyecto debiera decir paciente que esté en control en PSCV (Programa de Salud Cardiovascular).

5) Para futuras presentaciones se sugiere aclarar por qué la investigadora no ingresó usuarios con diabetes siendo este uno de los factores que más daño causan al paciente.

6) El desarrollo del proyecto pudiera señalar de su trabajo con equipo de salud ya que debería haber complementariedad de las acciones.

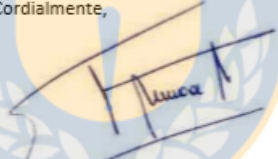
7) En Chile, el control de su enfermedad en un paciente crónico se considera muy importante el ambiente familiar, en APS se trabaja con el modelo de salud familiar y el enlace con el equipo de cabecera sumará a resultados. Se sugiere considerar este aspecto en la medida de lo posible.

8) Faltó la Bibliografía. No se agregó en anexo el modelo de consentimiento informado. Estos antecedentes son requeridos en cualquier concurso o presentación científica en general.

La propuesta fue evaluada con calificación global buena y se financiará con todo el recurso demandado.

Para el convenio de Desempeño UCO 1201 es crucial que esta propuesta llegue a buen fin con los objetivos formulados y con la formación académica doctoral de la investigadora.

Cordialmente,



Dra. Natalia Ujloa M., BQ, PhD
Directora Ejecutiva
CD UCO1201

CC: Dr. Carlos Grant, Vicedecano Facultad de Medicina, Dra. Tatiana Paravic, Investigador Patrocinante, Dra. Ana María Moraga Ejecutiva CD UCO1201, Sra. Adriana Añazco Ingeniero CD UCO1201.

ANEXO M: INVITACIÓN ACTIVIDAD DEVOLUCIÓN DE RESULTADOS



Dra. Tatiana Paravic Kljij, Directora del Programa Doctorado en Enfermería de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, Dra. Alide Salazar Molina, Docente del Programa de Doctorado en Enfermería de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción y Dra. Vivian Vilchez Barboza, tesista del Programa Doctorado en Enfermería de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción; tienen el agrado de invitar a _____ a participar de la actividad de término de la fase de Intervención de la Tesis titulada "Efecto de Intervención de Enfermería dirigida a Salud Cardiovascular en Atención Primaria", donde participaron los(as) usuarios de los CESFAM Municipalizados de Concepción, quienes se harán presentes en esta ceremonia.

Este evento se llevará a efecto el día martes 10 de diciembre de 2013, a las 16.30hrs., en el Auditorio de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción.

Reiteramos nuestro deseo de contar con su valiosa presencia y le invitamos a degustar unos bocadillos saludables después de la Ceremonia.

Confirmar asistencia al fono: 2207065

Concepción, Noviembre de 2013

