

**EFFECTO EN LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO Y
ESTILOS DE VIDA SALUDABLES DEL PROGRAMA EDUCATIVO IMPARTIDO
POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA E.S.E. CENTRO DE SALUD
CUASPUD CARLOSAMA, A LAS PERSONAS HIPERTENSAS Y DIABÉTICAS
DURANTE EL PERÍODO 2019 – 2020**

EDISON FLORENTINO LOMBANA VELASCO

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIONES E INTERACCIÓN SOCIAL
CENTRO DE ESTUDIOS EN SALUD - CESUN
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
SAN JUAN DE PASTO
2021**

EFFECTO EN LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES DEL PROGRAMA EDUCATIVO IMPARTIDO POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA E.S.E. CENTRO DE SALUD CUASPUD CARLOSAMA, A LAS PERSONAS HIPERTENSAS Y DIABÉTICAS DURANTE EL PERÍODO 2019 – 2020

EDISON FLORENTINO LOMBANA VELASCO

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA**

**ASESORA
MAGÍSTER ISABEL CRISTINA CERÓN SOUZA**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIONES E INTERACCIÓN SOCIAL
CENTRO DE ESTUDIOS EN SALUD - CESUN
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
SAN JUAN DE PASTO
2021**

NOTA DE RESPONSABILIDAD

Las ideas y conclusiones aportadas en el siguiente trabajo son responsabilidad exclusiva del autor. Artículo 1ro del Acuerdo No. 324 de octubre 11 de 1966 emanado del Honorable Consejo Directivo de la Universidad de Nariño.

NOTA DE ACEPTACIÓN

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

San Juan de Pasto, 30 de septiembre del 2021

AGRADECIMIENTOS

Mi eterna gratitud para quienes me apoyaron en todo momento de manera especial a mis padres, hermanos, docentes, asesores quienes con su apoyo alcancé esta meta anhelada.

Edison Florentino Lombana Velasco

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación lo dedico a Dios, a mis padres: Alejandro Rafael Lombana Romo (Q.E.P.D.) y Clemencia Margarita Velasco Narváz (Q.E.P.D.), docentes y a mis esfuerzos económicos, intelectuales y académicos, que día a día me permitieron labrar el conocimiento y cosechar el éxito tan anhelado.

Edison Florentino Lombana Velasco

RESUMEN

Introducción: La presencia de enfermedades crónicas no transmisibles ECNT en la población, además de ser las responsables del 70% de las muertes en el mundo, obedecen a ese conjunto de factores que compone los determinantes sociales de la salud y que en gran medida no dependen del individuo, sino de las condiciones del país. Estas enfermedades que son de larga duración y que comprometen la calidad de vida de los individuos son características de sociedades subdesarrolladas y deben ser tratadas de manera integral desde las diferentes estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad; estrategias como la educación para la salud se consideran un aliado importante en el camino de modificar estilos de vida que impactan en el desarrollo de las enfermedades crónicas no transmisibles. La presente investigación permitió evaluar el efecto del programa educativo impartido por el personal de enfermería de la E.S.E. Centro de Salud Cuaspuclá Carlosama, en conocimientos y prácticas de autocuidado y estilos de vida de las personas que hacen parte del grupo de pacientes crónicos regulares e irregulares con diagnóstico de hipertensión y diabetes mellitus, durante el periodo 2019 – 2020. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio empírico – analítico con enfoque ex – post – facto con pacientes de asistencia regular e irregular al programa educativo club de hipertensos y diabéticos, se efectuaron dos encuestas valorativas, una dirigida a la población a estudiar, la cual pretendió indagar en la importancia a la adherencia del tratamiento; y la otra, al personal de enfermería, en donde el objetivo fue valorar la metodología y las estrategias impartidas del programa educativo en mención. **Resultados y Conclusiones:** Para el estudio se tuvieron en cuenta 52 pacientes, 26 regulares (50%) y 26 irregulares (50%) los cuales contaron con tratamientos respectivos para hipertensión y diabetes mellitus, adicional se contó con información sobre estilos de vida saludables y autocuidado. Respecto a las condiciones clínicas de los 52 pacientes el 69.2% presentaron sobrepeso u obesidad tipo I, el 36,5% presentaron hipertensión normal, para la glicemia en los pacientes reportados en el estudio el 63,5% tuvieron buen control de esta, mientras que el 28,8% presentaron una hemoglobina glicosilada (HbA1c) mayor a 6.5%. Por otra parte, se evaluó el tamaño del efecto respecto a los conocimientos en cada indicador con los pacientes regulares e irregulares, mediante el d de Cohen obteniendo como resultados estadísticamente significativos y con diferencias relevantes entre los dos grupos comparados; consiguiendo mayor significancia en regulares que en irregulares; por ende, se concluyó que el programa en mención generó un efecto importante en la adquisición de hábitos y estilos de vida saludables; corroborando que la educación en salud es de vital importancia en los clubes de hipertensos y diabéticos.

Palabras Claves: Educación para la Salud, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Autocuidado, Estilos de Vida Saludables, Conocimientos y Prácticas.

ABSTRACT

Introduction: The presence of chronic non-communicable diseases in the population, in addition to being responsible for 70% of deaths in the world, are due to this set of factors that make up the social determinants of health and that to a large extent do not depend on of the individual, but of the conditions of the country. These long-term diseases that compromise the quality of life of individuals are characteristics of underdeveloped societies and must be treated in a comprehensive manner from the different strategies for health promotion and disease prevention; Strategies such as health education are considered an important ally in the path of modifying lifestyles that impact the development of chronic non-communicable diseases. The present investigation made it possible to evaluate the effect of the educational program taught by the nursing staff of the E.S.E. Cuaspud Carlosama Health Center, in knowledge and practices of self-care and lifestyles of people who are part of the group of regular and irregular chronic patients diagnosed with hypertension and diabetes mellitus, during the period 2019-2020. **Materials and Methods:** An empirical - analytical study with an ex - post - facto approach was carried out with patients of regular and irregular attendance to the educational program for the hypertensive and diabetic club, two evaluative surveys were carried out, one directed to the population to be studied, which He tried to investigate the importance of adherence to treatment; and the other, to the nursing staff, where the objective was to assess the methodology and the strategies taught in the educational program in question. **Results and Conclusions:** For the study, 52 patients were taken into account, 26 regular (50%) and 26 irregular (50%) who had respective treatments for hypertension and diabetes mellitus, additional information on healthy lifestyles and self-care. Regarding the clinical conditions of the 52 patients, 69.2% had type I overweight or obesity, 36.5% had normal hypertension, for glycemia in the patients reported in the study, 63.5% had good control of it, while that 28.8% had a glycosilide hemoglobin (HbA1c) greater than 6.5%. On the other hand, the effect size with respect to knowledge in each indicator was evaluated with regular and irregular patients, using Cohen's d, obtaining statistically significant results with relevant differences between the two compared groups; achieving greater significance in regular than in irregular; Therefore, it was concluded that the aforementioned program had an important effect on the acquisition of healthy habits and lifestyles; corroborating that health education is of vital importance in hypertensive and diabetic clubs.

Key Words: Health Education, Arterial Hypertension, Diabetes Mellitus, Self-care, Healthy Lifestyles, Knowledge and Practices.

TABLA DE CONTENIDOS

| | Pág. |
|---|------|
| 1. INTRODUCCIÓN | 18 |
| 2. OBJETIVOS..... | 23 |
| 2.1 OBJETIVO GENERAL..... | 23 |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 23 |
| 3. MARCO TEÓRICO | 24 |
| 3.1 CONCEPTOS Y NOCIONES BÁSICAS DE LA SALUD PÚBLICA..... | 24 |
| 3.2 POLÍTICAS DE SALUD PÚBLICA: SALUD PÚBLICA DESDE LOS COMPROMISOS DE POLÍTICA PÚBLICA NACIONAL E INTERNACIONAL | 28 |
| 3.3 CONCEPTOS BÁSICOS DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES | 31 |
| 3.4 LA SALUD PÚBLICA Y SU PAPEL EN EL CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES | 32 |
| 3.4.1 Descripción de los Principales Elementos del Plan de Acción para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles en las Américas 2013–2019 (OPS/OMS):..... | 32 |
| 3.4.2 Descripción de los Principales Elementos del Plan Andino para la Prevención de las Enfermedades No Transmisibles 2018 – 2022 en los países de la Región Andina (Organismo Andino de Salud 2018..... | 33 |
| 3.5 ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES | 36 |
| 3.5.1 Hipertensión Arterial | 36 |
| 3.5.1.1 Estadios de la Enfermedad | 36 |
| 3.5.1.2 Riesgo de Desarrollo de la Enfermedad | 36 |
| 3.5.1.3 Clasificación del Riesgo..... | 37 |
| 3.5.1.4 Estrategias de Manejo no Farmacológico de la Enfermedad..... | 38 |
| 3.5.1.5 Estrategias de Manejo Farmacológico de la Enfermedad de Primera Línea 39 | |
| 3.5.1.6 Estrategias de Terapia Combinada para el Manejo de la Enfermedad | 40 |
| 3.5.2 Diabetes Mellitus 45 | |
| 3.5.2.1 Criterios de Diagnóstico | 47 |
| 3.5.2.2 Recomendaciones para el Paciente | 47 |
| 3.6 GENERALIDADES DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN COLOMBIA | 48 |
| 3.7 NORMAS Y POLÍTICAS EN SALUD PÚBLICA EN COLOMBIA EN MATERIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN, ATENCIÓN, REHABILITACIÓN Y PALIACIÓN DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES | 53 |
| 3.7.1 Leyes | 53 |
| 3.7.2 Decretos..... | 54 |
| 3.7.3 Resoluciones | 54 |
| 3.8 EDUCACION PARA LA SALUD: | 55 |

| | |
|--|-----|
| 3.8.1 Antecedentes | 55 |
| 3.8.2 Definición | 57 |
| 3.8.3 Educación para la Salud desde Diferentes Ámbitos | 59 |
| 3.8.3.1 La Educación y Comunicación para la Salud Individual..... | 59 |
| 3.8.3.2 La Educación y Comunicación para la Salud Grupal | 60 |
| 3.8.3.3 Producción de Materiales de ECpS | 60 |
| 3.8.3.4 La Educación y Comunicación para la Movilización Social..... | 60 |
| 3.8.4 Comunicación y Educación para la Salud..... | 60 |
| 3.9 CONDUCTAS Y COMPORTAMIENTOS | 61 |
| 3.9.1 Autocuidado | 61 |
| 3.9.2 Estilos de Vida | 62 |
| 3.9.3 Estilos de Vida Saludables..... | 64 |
| 3.9.4 Hábito Saludable..... | 65 |
| 4. ESTADO DEL ARTE..... | 66 |
| 5. DISEÑO METODOLÓGICO | 69 |
| 5.1 Enfoque Metodológico: Cuantitativo. | 69 |
| 5.2 Tipo de Diseño de Estudio | 69 |
| 5.3 Población | 70 |
| 5.4 Muestra | 70 |
| 5.5 Variables de Estudio | 70 |
| 5.6 Fuentes de Información | 70 |
| 5.7 Técnicas de Recolección | 71 |
| 5.8 Diseño del Instrumento | 71 |
| 5.9 Recolección de Información..... | 71 |
| 5.10 Plan de Análisis | 72 |
| 5.11 Consideraciones Éticas..... | 72 |
| 6. RESULTADOS Y ANÁLISIS..... | 74 |
| 6.1 Desarrollo del Objetivo 1..... | 74 |
| 6.2 Desarrollo del Objetivo 2..... | 78 |
| 6.3 Desarrollo del Objetivo 3..... | 87 |
| 6.4 Desarrollo del Objetivo 4..... | 93 |
| 7. DISCUSION | 102 |
| 8. CONCLUSIONES..... | 110 |
| 9. RECOMENDACIONES | 112 |
| 10. REFERENCIAS..... | 113 |
| 11. ANEXOS | 121 |

LISTA DE TABLAS

Pág.

| | |
|--|-----|
| Tabla 1. Monitoreo de Avances en Colombia con respecto al cumplimiento de metas para ENT enfermedades no transmisibles | 48 |
| Tabla 2. Estructura del Programa Educativo | 82 |
| Tabla 3. Estructura del Programa Educativo enfoque autocuidado | 83 |
| Tabla 4. Hábitos y Estilos de Vida Saludables..... | 84 |
| Tabla 5. Hábitos y Estilos de Vida Saludables enfoque autocuidado | 86 |
| Tabla 6. Tabla de frecuencias clasificación clínica. | 88 |
| Tabla 7. Condiciones clínicas de pacientes regulares e irregulares | 92 |
| Tabla 8. Comparativo HEVS entre Pacientes Regulares e Irregulares..... | 93 |
| Tabla 9. Clasificación Prueba Kolmogorov-Smirnova Shapiro-Wilk entre Pacientes Regulares e Irregulares | 94 |
| Tabla 10. Clasificación Prueba de Levene de igualdad de varianzas entre Pacientes Regulares e Irregulares | 94 |
| Tabla 11. Clasificación Prueba de muestras independientes entre Pacientes Regulares e Irregulares | 95 |
| Tabla 12. Estadísticos de Prueba entre Pacientes Regulares e Irregulares Hipertensos..... | 96 |
| Tabla 13. Efecto de las Variables sobre INDICE HVS del MLG | 99 |
| Tabla 14. Efecto de las Variables sobre INDICE HTA del MLG..... | 100 |
| Tabla 15. Efecto de las Variables sobre INDICE DIABETES del MLG | 101 |

LISTA DE FIGURAS

Pág.

| | |
|--|-----|
| Figura. 1 Esquema para la prevención y diagnóstico de la Hipertensión Arterial . | 43 |
| Figura. 2 Esquema para el tratamiento y seguimiento a pacientes con Hipertensión Arterial | 44 |
| Figura. 3 Algoritmo de manejo de pacientes con DM1 | 45 |
| Figura. 4 Algoritmo de Seguimiento a pacientes con DM1 | 46 |
| Figura. 5. Ruta de Atención integral para pacientes hipertensos y diabéticos | 76 |
| Figura. 6.Sexo Pacientes regulares e Irregulares | 78 |
| Figura. 7. Zona de Residencia Pacientes Regulares e Irregulares | 79 |
| Figura. 8.Estado Civil Pacientes Regulares e Irregulares | 79 |
| Figura. 9.Régimen de Salud Pacientes Regulares e Irregulares | 80 |
| Figura. 10. Ocupación Pacientes Regulares e Irregulares..... | 80 |
| Figura. 11.Nivel de Escolaridad Pacientes Regulares e Irregulares | 81 |
| Figura 12. Clasificación IMC Pacientes Regulares e Irregulares | 89 |
| Figura. 13.Clasificación HTA Pacientes Regulares e Irregulares..... | 90 |
| Figura 14. Clasificación Glicemia Pacientes Regulares e Irregulares..... | 91 |
| Figura 15. Clasificación Hemoglobina Glicosilada Pacientes Regulares e Irregulares | 91 |
| Figura 16. Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) entre pacientes Regulares e Irregulares estilos de vida saludables | 95 |
| Figura 17.Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) entre pacientes Regulares e Irregulares Diabéticos | 96 |
| Figura 18.Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) entre pacientes Regulares e Irregulares Hipertensos..... | 97 |
| Figura 19. Tamaño del efecto (d de cohen) para Indices CP de Hipertensión, CP diabetes y hábitos de vida saludable | 98 |
| Figura 20. Efecto en % sobre el índice HVS del MLG | 99 |
| Figura 21.Efecto en % sobre el índice HTA del MLG..... | 100 |
| Figura 22.Efecto en % sobre el índice CP DIABETES del MLG | 101 |

LISTA DE ANEXOS

Pág.

| | |
|--|-----|
| Anexo 1. Encuesta valorativa a pacientes hipertensos y diabéticos de la ese cuaspud carlosama..... | 121 |
| Anexo 2. Encuesta valorativa para personal de enfermería de la e.s.e. centro de salud cuaspud carlosama | 125 |
| Anexo 3. Consentimiento informado dirigido a pacientes hipertensos y diabéticos asistentes de manera regular a las sesiones educativas del programa del mismo nombre de la ese cuaspud carlosama | 130 |
| Anexo 4. Consentimiento informado dirigido a pacientes hipertensos y diabéticos asistentes de manera irregular a las sesiones educativas del programa del mismo nombre de la ese cuaspud carlosama | 132 |
| Anexo 5. Consentimiento informado dirigido a coordinadora del programa educativo del club de hipertensos y diabéticos de la ese cuaspud carlosama..... | 134 |
| Anexo 6. Tabla de características sociodemográficas de los pacientes del proyecto de investigación | 136 |
| Anexo 7. Tablas del modelo lineal generalizado (MLG)..... | 137 |
| Anexo 8. Tablas Índice de Masa Corporal (IMC), Clasificación Hipertensión Arterial (HTA), Clasificación Glicemia, Clasificación Hemoglobina Glicosilada..... | 123 |
| Anexo 9. Fotografías trabajo de campo del proyecto de investigación | 139 |

GLOSARIO

AUTOCUIDADO: el autocuidado es considerado por la OMS como la capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover la salud, prevenir enfermedades, mantener la salud y hacer frente a las enfermedades y discapacidades con o sin el apoyo de un proveedor de atención médica ⁽¹⁾.

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS (CAP): una encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) es un estudio cuantitativo de una población específica que reúne información sobre lo que la gente sabe, cómo se siente y cómo se comporta con relación a un tema en concreto. ⁽²⁾.

DIABETES MELLITUS: Se denomina diabetes a un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia. Ésta puede ser consecuencia de defectos en la secreción de insulina, en su acción, o en ambas. La hiperglucemia crónica de la diabetes se asocia con daño a largo plazo en diferentes órganos, especialmente en los ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos. ⁽³⁾.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD: La educación para la salud aborda no solamente la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La educación para la salud incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitaria. Es decir, la educación para la salud supone comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la salud. ⁽⁴⁾.

ENFERMEDAD CRÓNICA: Según la OMS, las enfermedades crónicas no se transmiten de persona a persona, son de larga duración y por lo general evolucionan lentamente. Los 4 tipos principales de enfermedades crónicas son las enfermedades cardiovasculares (como infartos del miocardio y accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes. Recientemente la misma OMS aceptó a la obesidad como una enfermedad crónica no transmisible. Las enfermedades crónicas, no transmisibles, asociadas a la nutrición, se han convertido en un problema de salud pública en el mundo. La obesidad y diabetes tipo 2 constituyen verdaderas amenazas para la salud de la población mundial, y se espera que para el 2030 la prevalencia de la diabetes se duplique de 171 millones en el 2000 a 366 millones en el 2030, con un incremento máximo en la India, al mismo tiempo que la obesidad está aumentando de manera importante en países en vías de desarrollo ⁽⁵⁾.

ESTILOS DE VIDA SALUDABLES: la Organización Mundial de la Salud (OMS) define los estilos de vida saludables como una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales ⁽⁶⁾.

GLICEMIA: es la medida de concentración de glucosa libre en la sangre, suero o plasma sanguíneo. Durante el ayuno, los niveles normales de glucosa oscilan entre 70 y 100 mg/dL. Cuando la glucemia es inferior a este umbral se habla de hipoglucemia; cuando se encuentra entre los 100 y 125 mg/dL se habla de glucosa alterada en ayuno, y cuando supera los 126 mg/dL se alcanza la condición de hiperglucemia. Constituye una de las más importantes variables que se regulan en el medio interno (homeostasis). ⁽⁷⁾.

HÁBITOS SALUDABLES: Se llaman hábitos saludables a todas aquellas conductas que tenemos asumidas como propias en nuestra vida cotidiana y que inciden positivamente en nuestro bienestar físico, mental y social. Determinan la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar. ⁽⁸⁾.

HEMOGLOBINA GLUCOSILADA: La hemoglobina es la proteína que se encuentra en los glóbulos rojos de la sangre. Los glóbulos rojos se producen en forma continua por la médula ósea y viven 120 días. Es la hemoglobina quien transporta el oxígeno a las células. La hemoglobina glucosilada corresponde a una pequeña parte de la hemoglobina (normalmente su porcentaje es menor de 6 %), que se combina con la glucosa que está circulando en la sangre. Según la cantidad de glucosa que esté circulando en el torrente sanguíneo se unirá a la hemoglobina y así habrá más o menos. Esta HbA1c (se le llama así a esta unión) se forma lenta y continuamente durante la vida del glóbulo rojo. La HbA1c, es una medida del porcentaje de la hemoglobina adherida a la glucosa. Por ello se establece ese período de 3 meses aproximadamente, o sea 120 días. Entonces, cuando se realiza el examen de sangre para saber su valor, lo que se verá es la concentración promedio de glucosa en la sangre durante ese período. Es decir, según el valor obtenido se sabe cómo fue el control metabólico de la persona diabética en los 3 meses anteriores. ⁽⁹⁾.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL: La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias, que son grandes vasos por los que circula la sangre en el organismo. Se considera que la persona presenta hipertensión cuando su tensión arterial es demasiado elevada. De la tensión arterial se dan dos valores: el primero es la tensión sistólica y corresponde al momento en que el corazón se contrae o late, mientras que el segundo, la tensión diastólica, representa la presión ejercida sobre los vasos cuando el corazón se relaja entre un latido y otro. Para establecer el diagnóstico de hipertensión se han de tomar mediciones dos días distintos y en ambas lecturas la tensión sistólica ha de ser superior o igual a 140 mmHg y la diastólica superior o igual a 90 mmHg. ⁽¹⁰⁾.

OBESIDAD: se define como el anormal o excesivo almacenamiento de grasa, secundario a diferentes causas, incluyendo desbalance energético, fármacos y patología genética. La Federación Mundial de Obesidad (World Obesity Federation (WOF) la ha definido como una enfermedad crónica, recurrente y progresiva, enfatizando en la necesidad de acción inmediata para la prevención y control de esta. La obesidad es el quinto factor principal de riesgo de defunción humana en el mundo. Cada año, fallecen por lo menos 2,8 millones de personas adultas como consecuencia de la obesidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como obesidad cuando el índice de masa corporal (IMC, cociente entre el peso y la estatura de un individuo al cuadrado) es igual o superior a 30 kg/m². También se considera signo de obesidad un perímetro abdominal en hombres mayor o igual a 102 cm y en mujeres mayor o igual a 88 cm.⁽¹¹⁾.

PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES: la prevención se define como las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.⁽¹²⁾.

PROMOCIÓN DE LA SALUD: La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud.⁽⁴⁾.

SALUD PÚBLICA: La salud pública es un concepto social y político destinado a mejorar la salud, prolongar la vida y mejorar la calidad de vida de las poblaciones mediante la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y otras formas de intervención sanitaria. En la literatura sobre promoción de la salud se ha establecido una distinción entre la salud pública y una nueva salud pública, con el fin de poner de manifiesto los muy distintos enfoques sobre la descripción y el análisis de los determinantes de la salud, así como sobre los métodos para solucionar los problemas de salud pública. Esta nueva salud pública basa su diferencia en una comprensión global de las formas en que los estilos de vida y las condiciones de vida determinan el estado de salud y en un reconocimiento de la necesidad de movilizar recursos y realizar inversiones razonadas en políticas, programas y servicios que creen, mantengan y protejan la salud, apoyando estilos de vida sanos y creando entornos que apoyan la salud. Esta distinción entre lo “antiguo” y lo “nuevo” puede no ser necesaria en el futuro conforme se vaya desarrollando y difundiendo un concepto unificado de salud pública.⁽⁴⁾.

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

| No. | ABREVIATURA | SIGNIFICADO |
|-----|-------------|--|
| 01 | APF | Antecedentes Patológicos Familiares |
| 02 | APS | Atención Primaria en Salud |
| 03 | ARA | Antagonista de los Receptores de la Angiotensina |
| 04 | BCC | Bloqueador de Canales de Calcio |
| 05 | CAC | Cuenta de Alto Costo |
| 06 | CAP | Conocimientos, Actitudes y Prácticas |
| 07 | DM | Diabetes Mellitus |
| 08 | EAPB | Administradora de Planes de Beneficios en Salud |
| 09 | ECNT | Enfermedades Crónicas No Transmisibles |
| 10 | ECpS | Educación y Comunicación para la Salud |
| 11 | ENSAP | Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba |
| 12 | ENT | Enfermedades No Transmisibles |
| 13 | EPS | Educación para la Salud |
| 14 | ESE | Empresa Social del Estado |
| 15 | EVC | Enfermedades Cardiovasculares |
| 16 | HbA1c | Hemoglobina Glucosilada |
| 17 | HEVS | Hábitos y Estilos de Vida Saludables |
| 18 | HTA | Hipertensión Arterial |
| 19 | HVS | Hábitos de Vida Saludables |
| 20 | I_CP_DIAB | Índice en Conocimientos y Prácticas en Diabetes Mellitus |
| 21 | I_CP_HTA | Índice en Conocimientos y Prácticas en Hipertensión Arterial |
| 22 | I_HVS | Índice en Hábitos de Vida Saludables |
| 23 | IECA | Inhibidor de la Enzima Convertidora de Angiotensina |
| 24 | IMC | Índice de Masa Corporal |
| 25 | IPS | Institución Prestadora de Salud |
| 26 | IVSS | Instituto Venezolano de Seguro Social |
| 27 | MLG | Modelo Lineal Generalizado |
| 28 | MSPS | Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia |
| 29 | OMS | Organización Mundial de la Salud |
| 30 | OPS | Organización Panamericana de la Salud |
| 31 | OSP | Oficina Sanitaria Panamericana |
| 32 | PAIS | Política de Atención Integral en Salud |
| 33 | PE | Prevención de la Enfermedad |
| 34 | PS | Promoción de la Salud |
| 35 | QQDD | Quehaceres Domésticos |
| 36 | RIAS | Ruta de Atención Integral en Salud |
| 37 | TA | Tensión Arterial |
| 38 | TSH | Hormona Estimulante de la Tiroides |

1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial para la Salud (OMS, 1998), define la Educación para la Salud, como *“Cualquier combinación de actividades de información y de educación que lleve a una situación en la que las personas deseen estar sanas, sepan cómo alcanzar la salud, hagan lo que puedan individual y colectivamente para mantenerla y busquen ayuda cuando la necesiten”* ⁽¹³⁾.

En este orden de ideas, la Educación para la salud se permite generar escenarios que, con la intervención de un conjunto de acciones, buscan cambiar comportamientos y fomentar hábitos de vida saludables; la construcción de estos nuevos escenarios debe hacerse colectivamente desde entendimiento de aquello que promueve el comportamiento del individuo y que está mediado por las acciones y responsabilidades de la sociedad y el Estado con respecto al entorno donde se desarrolla la persona; entorno que es reflejo de diferentes factores, sociales, políticos culturales, económicos; donde además intervienen las políticas públicas y sus diferentes actores, así como los determinantes que promueven un cambio, no necesariamente positivo, pues ello implicaría un desarrollo pleno del individuo en medio de condiciones favorables de igualdad, de justicia y equidad; en otras palabras, el proceso de educación para la salud, debe considerar el escenario real y las limitaciones que tiene el individuo como parte de una sociedad con síntomas de vulnerabilidad en varios sentidos, y que se reflejan en su salud y bienestar.

Una forma de conocer el comportamiento y avance de una sociedad, es a través de su situación en salud, basta con remitirse a la información básica de su perfil epidemiológico, para entender la dinámica de ciertos factores y la importancia de indicadores como la morbilidad, que da cuenta de las enfermedades de la población y que permite anticiparse a sus efectos negativos si se hace una oportuna identificación de aquellas problemáticas que la desencadenan y que deben ser priorizadas; ahora bien, al hablar del manejo de la enfermedad y de los factores que la desencadenan, no necesariamente se hace referencia exclusiva a su manejo clínico a través del tratamiento médico curativo; más bien, se hace referencia al manejo integral desde la promoción de la salud y prevención de la enfermedad a través de los programas de educación que van dirigidos a aquellos individuos con enfermedades que no son transmisibles, son crónicas y que pudieron evitarse; pero que ya haciendo presencia en el organismo pueden desmejorar su calidad de vida y la de sus familias.

La presencia de enfermedades crónicas no transmisibles ECNT en la población, obedece entre otros, “a la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales” (OMS, 2018) ⁽¹⁴⁾, al entorno en que se desarrolla el individuo, a sus condiciones socioeconómicas y culturales; en otras palabras, obedece a ese conjunto de factores que compone los determinantes sociales de la salud y que en gran medida no dependen del individuo, sino de las condiciones del

país. Estas enfermedades que son de larga duración y que comprometen la calidad del vida de los individuos son características de sociedades subdesarrolladas, “pues afectan desproporcionadamente a los países de ingresos bajos y medios, donde se registran más del 75% (32 millones) de las muertes por enfermedades no transmisibles ENT” (OMS, 2018) ⁽¹⁴⁾, de igual forma su impacto en la economía es grande al considerar que quienes más la padecen son personas en edad económicamente activa y que al morir prematuramente por ENT aumentan las líneas de pobreza desde los hogares .

Si bien, las enfermedades no transmisibles (ENT) no discriminan de edad, género, raza y condición económica, están ligadas a los factores de riesgo metabólico y comportamental del individuo, en cualquiera de los dos casos, los estilos y hábitos juegan un papel fundamental, aunque no el más importante; es verdad que los hábitos son modificables, producto del estilo del vida, y también es verdad que son responsabilidad del individuo, siempre que éste pueda desarrollarse en un entorno favorable; pero, existe otra verdad (OMS, 2005) ⁽¹⁵⁾.

La verdad es que la responsabilidad individual sólo puede ejercerse plenamente cuando los individuos gozan de acceso equitativo a una vida sana y disponen de apoyo para tomar decisiones saludables.

La intervención de las autoridades públicas es crucial para mejorar la salud y el bienestar de la población y ofrecer una protección especial a los grupos vulnerables.

Ello se aplica en especial a los niños, que no pueden elegir el entorno en el que viven, ni su dieta ni la exposición pasiva al humo de tabaco. Los niños, además, no pueden entender cabalmente las consecuencias de su comportamiento a largo plazo.

Las personas pobres también tienen pocas alternativas a la hora de elegir alimentos, condiciones de vida y acceso a educación y atención sanitaria. El apoyo a las decisiones de salud correctas, sobre todo de quienes sin él no podrían permitírselas, reduce los riesgos y las desigualdades sociales.

Es claro entonces, que el manejo de una enfermedad debe hacerse de manera integral e involucrando a todos los actores que intervienen antes, durante y después de su aparición y la mejor forma de hacerlo es con acciones de promoción y prevención donde la Educación en salud ocupe un espacio importante, y de esta forma establecer el efecto que éste proceso pudiera generar con respecto a la generación de hábitos de autocuidado y estilos de vida saludable en poblaciones con características específicas, como es el caso del manejo de pacientes crónicos con enfermedades no transmisibles y, a quienes además de su manejo clínico, se les hace un manejo y seguimientos a través de programas de educación encaminados a la modificación de ciertos comportamientos y hábitos relacionados con su estilo de vida; y donde la educación en salud, está llamada a generar

procesos de cambio, de ahí que es importante evaluar los programas y conocer sus efectos; tal como lo plantea este estudio para la E.S.E. Centro de Salud Carlosama.

La E.S.E. Centro de Salud Cuaspud Carlosama, presta su servicios a los más de 4088 usuarios afiliados al régimen subsidiado y alrededor de 172 usuarios afiliados al régimen contributivo; ambos atendidos a través de la EAPB Emssanar; provenientes de 8 barrios del casco urbano y 4 sectores rurales (Macas, Chavisnán, Carchi y San Francisco), quienes tienen la posibilidad de asistir a consulta externa de lunes a viernes y cuando lo requieren, al servicio de urgencias, el cual se encuentra disponible las 24 horas del día. Es importante mencionar que en la E.S.E. Centro de Salud Cuaspud Carlosama, como parte del manejo de sus pacientes crónicos, tiene adoptado un plan de educación en salud que se fundamenta en el bienestar y en el mejoramiento de la calidad de vida de los participantes ; este programa, además de dar orientación en el cuidado que deben tener los pacientes, sirve para hacer seguimiento a la continuidad del tratamiento, su oportunidad, y por supuesto en el acceso efectivo a los servicios de salud a que tiene derecho el paciente; es decir que el programa se constituye en garante de la prestación de servicios de salud, y además genera las condiciones y oportunidades para lograr que los usuarios tengan una cultura de autocuidado y unos estilos de vida saludables.

La E.S.E. Centro de Salud Cuaspud Carlosama, tiene estructurado su programa de educación con una metodología tradicional, donde el personal de enfermería desarrolla charlas, acompañadas de una exposición magistral enfocada en el autocuidado y los estilos de vida saludables; adicional a la charla, el personal de enfermería realiza revisión de historia clínica para cada uno de los asistentes, de manera que les es posible hacer un seguimiento más personalizado y oportuno, donde se puede evidenciar el estado clínico del paciente con respecto a su adherencia al tratamiento, el correcto manejo de su terapia farmacológica, la entrega oportuna de sus medicamentos, la aparición de síntomas de alarma, la incorporación de hábitos saludables y la modificación de comportamientos nocivos para su salud.

Cabe mencionar que desde que se concibió el programa educativo cuatro años atrás, la participación de los pacientes crónicos, en el programa educativo impartido por el personal de enfermería de la E.S.E. Centro de Salud Carlosama, es voluntaria, que a todos los pacientes crónicos se les hace seguimiento en el tratamiento asistan o no a las charlas; es por esta razón que se hace necesario analizar el efecto de programa en los pacientes crónicos que asisten a él, de ahí que para el desarrollo de ésta investigación se ha planteado el siguiente interrogante: ¿Cuál es el efecto en los conocimientos y prácticas de autocuidado y estilos de vida saludables del programa educativo impartido por el personal de enfermería de la E.S.E. Centro de Salud Cuaspud Carlosama, a las personas hipertensas y diabéticas durante el período 2019 _ 2020 ?, y con la intención de validar o descartar la hipótesis que aquellos pacientes crónicos y que hacen parte

del programa de educación, han mejorado sus conocimientos y prácticas de autocuidado y modificado sus estilos de vida positivamente, comparado con aquellos pacientes que no participan del programa de educación impartido por el personal de salud de la E.S.E. Centro de Salud Cuaspud Carlosama.

Para el año 2018, el 71% de las muertes que se producen en el mundo, son atribuibles a las enfermedades no transmisibles (ENT), alrededor del 36% de estas muertes se produce prematuramente en personas entre los 30 y 69 años de edad, el 80% de las muertes prematuras se concentran en cuatro grupos de enfermedades: Las enfermedades cardiovasculares constituyen (incluye la hipertensión arterial), cáncer, enfermedades respiratorias y la diabetes; y el 85% de estas muertes prematuras, ocurren en países de ingresos bajos y medianos. Estas enfermedades se ven favorecidas por factores tales como la urbanización rápida y no planificada, la mundialización de modos de vida poco saludables o el envejecimiento de la población. Las dietas malsanas y la inactividad física pueden manifestarse en forma de tensión arterial elevada, aumento de la glucosa y los lípidos en la sangre, y obesidad (OMS, 2018) ⁽¹⁴⁾.

En Colombia, para el periodo comprendido entre 1 de julio de 2018 y 30 de junio de 2019, el informe Situación de la Enfermedad Renal Crónica, hipertensión arterial y la diabetes mellitus 2019 (CAC, 2020) ⁽¹⁶⁾, reporta 496.155 nuevos casos de hipertensión arterial, de los cuales el 58,97% se concentra en las mujeres y el promedio de edad de incidencia fue de 61.39 años (DE±13.91 años); con una incidencia de 9.9 casos nuevos por cada 1.000 habitantes. Con respecto a la prevalencia, se reportaron 4.191.208 personas con hipertensión arterial, es decir una prevalencia de 8.36 casos por cada 100 habitantes; 2,8 casos más en comparación con el año 2015 (5.1 casos nuevos por cada 100 habitantes); el 61.6% de los casos prevalentes corresponde a la población femenina. Para este mismo periodo se reportaron 81.306 personas fallecidas con diagnóstico de hipertensión arterial, de los cuales el 54,06% corresponde a muertes en mujeres; el promedio de edad de los casos fallecidos fue de 78.82 años (DE±12,19) y la tasa de mortalidad fue del 162.27 casos por cada 100.000 habitantes.

Con relación a la Diabetes Mellitus, el mismo informe (CAC, 2020) ⁽⁴⁾, reporta para Colombia 186.568 nuevos casos de DM, de los cuales el 56,6% fueron mujeres, el promedio de edad de los casos incidentes de DM fue de 61.84 años (DE±13.79 años); con una incidencia de 3,7 casos nuevos por cada 1.000 habitantes. Con respecto a la prevalencia, se reportaron 1.294.949 personas con DM, es decir una prevalencia de 2.58 casos por cada 100 habitantes; el 59,54% de los casos prevalentes corresponde a la población femenina. Para este mismo periodo se reportaron 27.656 personas fallecidas con diagnóstico de DM, de los cuales el 55.19% corresponde a muertes en mujeres; el promedio de edad de los casos fallecidos fue de 76.26 años (DE±12,6) y la tasa de mortalidad fue del 55.19 casos por cada 100.000 habitantes.

En la actualidad y dentro del modelo de salud colombiano, el manejo de cualquier enfermedad, sea o no enfermedades no transmisibles (ENT), se centra en la curación y aun cuando se trabaja con un enfoque de atención primaria en salud (APS) buscando fortalecer la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, es necesario fortalecer el componente de educación y es responsabilidad de los diferentes actores del sistema, la de promover comportamientos, conductas y hábitos de autocuidado y estilos de vida saludables en la población que por sus factores de riesgo está más expuesta a desarrollar una enfermedad crónica como la hipertensión o la diabetes mellitus y que en el mejor de los casos, con estrategias de educación para la salud pudieran evitar llegar a desarrollar la enfermedad; caso contrario, si ya se está enfermo, entonces con las mismas estrategias de educación para la salud, generar esos cambios necesarios para sobrellevar la enfermedad; pensado siempre en el efecto de las acciones colectivas sobre las condiciones de vida del individuo y de la comunidad a que pertenece.

Las enfermedades no transmisibles (ENT) además de ser las principales responsables de las muertes prematuras en el mundo, tienen un alto impacto socioeconómico en las regiones donde hacen presencia; y es que estas enfermedades se presentan indiscriminadamente en toda la población; pues al afectar a personas jóvenes, económicamente activas y en edad de trabajar, no solo limita las condiciones económicas de los hogares que sufren por la pérdida prematura de un integrante que aporta o puede aportar económicamente al hogar, sino que disminuye la productividad de la región, relegándola económicamente; no en vano la presencia de éstas enfermedades es mayor en países economías débiles, donde son más evidentes las inequidades y desigualdades de la población y donde la pobreza hace mayor presencia.

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) constituyen en la actualidad uno de los mayores retos que enfrentan los sistemas de salud a nivel mundial y poder hacer una caracterización de las personas que padecen una enfermedad y además hacer una evaluación de las estrategias de educación a las que son expuestas; permite tener un mayor conocimiento de las necesidades en salud más específicas de cada individuo y de las que se requiere priorizar para mejorar los resultados esperados, de ahí la importancia de desarrollar este estudio con pacientes diagnosticados con hipertensión arterial y diabetes mellitus y que es atendida en la E.S.E. Centro de Salud Cuaspud Carlosama, donde no todos los pacientes asisten al programa de crónicos, y donde es posible comparar ciertas conductas entre aquellas personas que si asisten al programa y aquellas que no lo hacen.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar el efecto del programa educativo impartido por el personal de enfermería de la E.S.E. Centro de Salud Cuaspud Carlosama, en conocimientos y prácticas de autocuidado y estilos de vida de las personas que hacen parte del grupo de pacientes crónicos regulares e irregulares con diagnóstico de hipertensión y diabetes mellitus, durante el periodo 2019 – 2020.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Describir la estructura y el proceso del programa educativo para pacientes crónicos con hipertensión y diabetes mellitus impartido por el personal de enfermería de la E.S.E. Centro de Salud Cuaspud Carlosama.

Describir las características socioeconómicas, conocimientos y prácticas de autocuidado y estilos de vida saludables de los pacientes regulares e irregulares del programa.

Determinar las condiciones clínicas de pacientes regulares e irregulares tratados por hipertensión y diabetes mellitus, que hacen parte del programa de pacientes crónicos y que fueron atendidos por el personal de enfermería de la E.S.E. Centro de Salud Cuaspud Carlosama durante el periodo 2019 – 2020.

Comparar la efectividad, en conocimiento y prácticas saludables y estilos de vida, del programa educativo impartido por el personal de enfermería de la E.S.E. Centro de Salud Cuaspud Carlosama en los pacientes regulares e irregulares, tratados por hipertensión y diabetes mellitus y que hicieron parte del programa de pacientes crónicos durante el periodo 2019 -2020

3. MARCO TEÓRICO

3.1 CONCEPTOS Y NOCIONES BÁSICAS DE LA SALUD PÚBLICA:

La importancia de la definición conceptual de la salud pública radica, en el reconocimiento de su historia, evolución, alcances y por su puesto los retos que en ella están implícitos. Por lo tanto, a continuación, se describen algunos conceptos que desde el punto de vista particular consideramos importantes e influyentes en el desarrollo de esta ciencia.

En los años 20 Hibbert Winslow concibe a la salud pública como la capacidad de prevenir enfermedades, aumentar la expectativa y fortalecer la capacidad física por medio del trabajo comunitario para con esto mejorar las condiciones de salud de la población a nivel sanitario, epidemiológico y educativo. Adicionalmente comprende la organización de servicios médicos y de enfermería, con el fin detectar temprana y oportunamente la enfermedad y así realizar un diagnóstico precoz y eventualmente el tratamiento adecuado. Winslow concebía esta definición siempre y cuando se cuente con una maquinaria social que garantice a los individuos de la sociedad una buena calidad de vida y el mantenimiento de la propia salud. ⁽¹⁷⁾.

En 1974, John J. Hanlon, consideró que la salud pública “se dedica al logro común del más alto nivel físico, mental, y social de bienestar y longevidad, compatible con los conocimientos y recursos disponibles en un tiempo y lugar determinados. Busca este propósito como una contribución al efectivo y total desarrollo y vida del individuo y su sociedad”. Por ello, se puede interpretar la importancia de la investigación científica encaminada a la promoción de la salud, en donde el fin último sea proporcionar cuidados integrados tanto a nivel individual como colectivo, considerando la evaluación de los servicios de atención, sin desvincular las acciones relacionadas con el saneamiento ambiental. ⁽¹⁸⁾.

En 1991, Piédrola Gil estableció la siguiente definición que simplifica y amplía el campo de actuación de la salud pública e incorpora de manera específica el área de la restauración de la salud. La idea de centrar el concepto de salud pública en la salud de la población viene adquiriendo fuerza y consenso crecientes y son muchas las contribuciones en ese sentido. “La Salud Pública es la ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos destinados a proteger, promover y restaurar la salud de los habitantes de una comunidad. ⁽¹⁹⁾.

Teniendo en cuenta la definición anterior, a la Salud Pública se la considera como ciencia, ya que, se encarga del estudio sistemático de la naturaleza y del comportamiento del universo material y físico, basado en la observación, la experimentación y la medición, vista desde este punto, proporciona comprensión de la amplitud, frecuencia y determinantes de la enfermedad y de los comportamientos

saludables, y además, brinda el conocimiento para construir sistemas, servicios, comunicaciones, leyes y regulaciones.

Piédrola Gil, en su definición, también considera a la Salud Pública como un arte, ya que, desde este punto de vista, se encuentra directamente relacionada con el ejercicio de las destrezas humanas necesarias para dominar una actividad humana particular, es decir, todo esto comprende abogacía, comunicación, orientación de la opinión pública, formación de un electorado y difusión de información. Desde otra mirada, la Salud Pública hoy en día, se considera como una ciencia que cumple con los preceptos fundamentales de cualquier ciencia, es decir, tiene un objeto de estudio, como lo es la salud de la población, la respuesta de la sociedad a los problemas de salud.

Finalmente, para concluir sobre el quehacer de la Salud Pública desde la ciencia y el arte enmarcado en los esfuerzos colectivos, es importante recalcar que la Salud Pública tiene un enfoque netamente interdisciplinario, donde personas con diferentes perspectivas de aproximación al proceso salud-enfermedad se unen frente a un problema en común, conjugan sus visiones teórico-prácticas en una sola para proponer una alternativa de estudio a la problemática y plantear soluciones globales para problemas integrales que afectan la salud de los pueblos. Por tanto, no es el campo de acción de una única disciplina, sino de varias en interacción, con un fin común: el bienestar de las poblaciones humanas. ⁽¹⁹⁾.

Por otra parte, para Frenk, la salud pública no es una acción o un conjunto de acciones inherentes al gobierno, tampoco se asocia únicamente a servicios públicos como el saneamiento ambiental, ni corresponde a un grupo de servicios de salud particular o personal, paralelos a la medicina curativa que busca únicamente la prevención de enfermedades desde el conocimiento de sus factores causales. A diferencia de la medicina clínica, cuyo enfoque es principalmente curativo y su accionar es dirigido al individuo, la salud pública presenta una perspectiva poblacional, por lo que sus acciones se dirigen a grupos de personas o poblaciones. ⁽²⁰⁾.

Lo anterior, conlleva a que la salud pública sea en sí, una asociación entre el pensamiento y la acción. De ahí, que sus principales objetos de estudio son las condiciones de salud que afectan a las poblaciones y las respuestas de la sociedad frente a esas condiciones. Es así, como la salud pública, articula el rigor de la ciencia y la investigación, con la responsabilidad de mejorar las condiciones de salud de la población, procurando que las acciones para mejorar dichas condiciones, resulten efectivas. De ese modo, la salud pública tiene dos campos de investigación. La investigación epidemiológica que permite identificar la frecuencia y distribución y los determinantes de las condiciones en salud y la investigación en sistemas de salud, que estudia las respuestas de la sociedad a esas condiciones de salud que afectan a la población, desde la organización de los sistemas de atención en salud.

De tal manera que, la salud pública estudia y transforma las diferentes realidades que afectan la salud, reconociendo, que la salud de una población, es un elemento clave para el desarrollo humano y que no depende de un solo factor, sino que es el resultado de la interacción de diversos determinantes biológicos, económicos, sociales, culturales, ambientales, entre otros, por lo que cualquier esfuerzo para mantenerla o mejorarla y mitigar o dar respuesta a esos factores y determinantes que la afectan, resulta fundamental para el desarrollo de una sociedad.

Distanciándose de la definición de la Organización mundial de Salud, Para Milton Terris ⁽²¹⁾ la Salud es “El estado de bienestar físico, mental y social con la capacidad de funcionar en la sociedad y no sólo la ausencia de enfermedad o cualquier grado de invalidez, esta involucra una concepción diferente, entendiendo a la salud como un proceso dinámico y complejo, social y biológico, que responde a la percepción que cada sujeto tiene de su estado de bienestar, adicionando a su vez el principio objetivo de capacidad funcional, que permite un determinado grado de estabilidad, como resultado de los mecanismos de adaptación y relaciones dinámicas, ya que para Terris es posible la coexistencia del sentirse bien y enfermedad”. Partiendo de este punto la definición de salud pública para Terris implica dos elementos fundamentales, por un lado están los esfuerzos individuales en los que se propende por la prevención de dolencias o malestares y la disminución en la capacidad de funcionamiento en los sujetos, a través del cuidado de la salud, y potenciando la capacidad de eficacia tanto física como mental.

Por otro lado, están los esfuerzos colectivos en los que por medio de procesos organizados, la comunidad buscará sanear su habitad, controlar la presencia de enfermedades transmisibles, no transmisibles y lesiones, junto a la educación del sujeto en hábitos de cuidado hacia su higiene personal, con la adecuación de los servicios de salud en lo referente a diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, todo esto sumado al aseguramiento de las condiciones sociales que garanticen niveles de vida adecuados, que permitan mantener la salud, como una actividad gubernamental y social importante, con un enfoque multidisciplinario y que se extiende a casi todos los aspectos de la sociedad.⁽²²⁾

En Colombia el padre de la Salud Pública, Héctor Abad Gómez ⁽²³⁾ la define como:” En esencia, una ética social”. Una nueva ética social. Es la manera como concebimos la función de la medicina en la sociedad. Es la ética de los que creemos que la medicina debe ser para el servicio de todos los seres humanos de una comunidad y de todas las comunidades humanas, y no solamente para los que pueden tener acceso a ella, por sus conocimientos, su posición económica, geográfica, política, social, religiosa, racial o ideológica. Es la ética de los que actuamos para que dicha creencia se traduzca en acción, por medio de la aplicación científica y técnica de la disciplina “salud pública”⁸. Lo anterior evidencia más que un concepto la invitación a un accionar, para mejorar las condiciones de igualdad y equidad de las poblaciones a través de las herramientas que está confiere, como parte del desarrollo ético y moral de los profesionales de la salud.

Mario Testa ⁽²⁴⁾ en 1992, a partir de una reflexión sobre las políticas sociales, y buscando un redimensionamiento teórico de la salud como "campo de fuerza" y de aplicación de la ciencia, reconocía "a la salud pública en tanto práctica social, por lo tanto, como construcción histórica. El área de la salud, inevitablemente referida al ámbito colectivo-público-social, ha pasado históricamente por sucesivos movimientos de recomposición de las prácticas sanitarias derivadas de las distintas articulaciones entre sociedad y Estado que definen, en cada coyuntura, las respuestas sociales a las necesidades y a los problemas de salud. Pero si las proposiciones de las políticas de salud y las prescripciones de la salud pública son contextualizadas en un "campo de fuerza", otros sentidos y significados pueden ser extraídos de esa retórica.", dado que "toda crisis no es otra cosa que una crisis de estado, objetivada y parcializada a veces como crisis sectorial o transitoria, cuya resolución no admite soluciones parciales o coyunturales". De acuerdo a lo anterior, Testa plantea que se requiere una lógica y un pensamiento estratégico para impulsar estrategias y políticas con el fin de lograr un objetivo, el cual no debe estar orientado al alcance de del éxito, si no a la aproximación del mismo, teniendo como resultado el entendimiento y la intención de producir cambios que intervengan en la construcción de un mejor futuro. ⁽²⁵⁾.

Definición de Gustavo Molina 1998: ⁽²⁵⁾ "La ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos para proteger, fomentar y reparar la salud. Es sinónimo de administración sanitaria". Como se observa Molina confiere al concepto la característica de "arte" por el esfuerzo organizado que se requiere en el trabajo con la comunidad y adicionalmente agrega el componente administrativo, que desde ya se miraba necesario en la organización de los sistemas de salud y de las condiciones de salud en general.

Por último, se encuentra el concepto emitido por la Organización Mundial de Salud, refiere a la salud pública como "la ciencia y el arte de impedir la enfermedad, prolongar la vida y fomentar la salud y eficiencia mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para que el individuo en particular y la comunidad en general se encuentren en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y longevidad"⁽²⁵⁾. Al analizarse tiene aspectos similares a la definición dada por Molina, elevándola a un grado de ciencia y el arte aunque hace hincapié en la salud como un derecho y el papel protagónico de la comunidad en el goce efectivo del derecho a la salud.

Con relación a la nueva Salud Pública, es en esencia una ciencia integradora de diferentes disciplinas afines y de otras como las ciencias económicas y administrativas, las ciencias sociales y de la conducta, al estudio de las poblaciones como objeto de estudio epidemiológico de las condiciones de salud, la investigación de los servicios de salud y la respuesta social a los problemas de salud.

La salud pública a través de la historia ha sido una fuerza vital que ha conducido a la reflexión y la acción colectiva en torno a la salud y el bienestar; sin embargo, ha sufrido hoy en día una crisis de identidad, de organización y de realización. Además, ha sufrido un aislamiento tanto de los avances científicos como de los esfuerzos por organizar mejores sistemas de salud; por lo que se ve la necesidad de redefinir su misión, papel social, alcances de su acción y proponer un renacimiento de la salud pública.

3.2 POLÍTICAS DE SALUD PÚBLICA: SALUD PÚBLICA DESDE LOS COMPROMISOS DE POLÍTICA PÚBLICA NACIONAL E INTERNACIONAL:

La conceptualización de la salud pública es producto de un análisis y discusión a nivel nacional e internacional que ha dado lugar a escenarios que buscan unificar esfuerzos para mejorar la calidad de vida de la población mundial de la mano del desarrollo y crecimiento de cada país.

En este orden de ideas los principios rectores de la salud pública se evidencian en las siguientes conferencias y declaraciones:

Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978: Resalta el concepto de Salud como un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” ⁽²⁶⁾, un estado en el cual la Salud puede ser protegida y promovida mediante estrategias de intervención que permitan lograr un estado de bienestar en el individuo y su familia.

Alma Ata se centra en la atención primaria en salud (APS) para toda la población, y la considera como la puerta de entrada al sistema de Salud y a una asistencia sanitaria permanente de responsabilidad estatal, en la que se necesita de la formulación de políticas públicas con las que se logre una participación multisectorial eficaz para obtener Salud y lograr la potencialización de sus estrategias en el contexto mundial.

Carta de Ottawa para la promoción de la salud (PS). 1986: Hacia un nuevo concepto de la Salud Pública: Con miras al cumplimiento del objetivo de “Salud para todos en el año 2000”, Ottawa considera una nueva concepción de la Salud Pública en torno a la Promoción de la Salud (PS) “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. La salud se percibe pues no como el objetivo sino como fuente de riqueza de la vida cotidiana”. Una fuente de riqueza basada en el bienestar y transversalizada por factores de orden político, social, económico, cultural, biológico y ambiental. ⁽²⁶⁾.

Ottawa afirma que la promoción de la salud (PS) debe ser un asunto de manejo del sector sanitario en coordinación con todos los sectores implicados en temas de paz,

educación, vivienda, alimentación, renta, ecosistema, medio ambiente, justicia social y equidad; y debe crearse y recrearse a través de políticas públicas sanas, ambientes favorables, el reforzamiento de la acción comunitaria, el desarrollo de aptitudes personales y la reorientación de los servicios sanitarios. Todo esto según directriz de la OMS y la asignación de responsabilidades para cada país en su compromiso y disposición para buscar que el mundo alcance niveles adecuados de Salud.

Conferencia de Adelaida. 1988: Salud en todas las políticas: Pretende que todos “los sectores incluyan la salud y el bienestar como componente esencial de la formulación de políticas” ⁽²⁶⁾. Por ello considera que es necesaria la generación de compromisos gubernamentales que contribuyan a evoluciones normativas e innovación de modelos con compromiso persistente y sistemático para la decisión política.

Adelaida resalta la importancia de las políticas públicas saludables dirigidas “a crear un ambiente favorable para que la gente pueda disfrutar de una vida saludable”⁽²⁶⁾, exponiendo como principales áreas de acción la construcción e instauración de políticas; la creación de entornos adecuados; el desarrollo de las habilidades individuales; la potenciación de la acción comunitaria; la reorientación de los servicios sanitarios; la preservación de las condiciones saludables; el respeto por los derechos humanos; la justicia social y el desarrollo sostenible; y los procesos para la equidad.

Declaración de Sundsvall. 1991: Entornos propicios para la salud: Los sectores dedicados a defender la salud, el medio ambiente y la justicia social deben trabajar en conjunto para alcanzar el objetivo para el año 2000, denominado “salud para todos” ⁽²⁶⁾.

Los escenarios para la salud deben velar por un desarrollo sostenible y la equidad, por ello deben promover acciones sociales a favor de la salud del individuo y de la comunidad a través de entornos físicos, sociales, espirituales, económicos y políticos propios; en los que además se reconozca los principios de protección y de buena administración de los recursos naturales.

Plantea cuatro estrategias clave para la salud pública: Reforzar la organización comunitaria para ejecutar acciones (base mujeres); dar los medios para que las poblaciones administren su salud y entorno (educación); forjar alianzas a favor de la salud y el medio ambiente (cooperación); conciliar los intereses de la sociedad (divergentes para acceso equitativo).

Declaración de Bogotá. 1992: promoción de la salud (PS) en América Latina: Reconoce que América Latina tiene un sinnúmero de problemáticas que afectan la promoción de la salud (PS) (desigualdades económicas, ambientales, sociales, políticas y culturales; inequidades en la atención de la salud y bienestar; barreras políticas que limitan el ejercicio de la democracia y bajos niveles de participación

ciudadana en la toma de decisiones), y van en contravía de valores como la ética, la paz, el derecho y respeto a la vida. Por esto Bogotá centra su objetivo en garantizar “el bienestar general como propósito fundamental del desarrollo”.⁽²⁶⁾

Planteó 3 estrategias y 11 compromisos, para, entre otros aspectos, impulsar una cultura de salud (desde factores condicionantes); transformar el sector salud (propósito social); asumir voluntad política (equidad y ambientes saludables); y fortificar las capacidades de las poblaciones.

Carta del Caribe para la PS: 1993: Imparte la importancia de adoptar el nuevo enfoque de la promoción de la salud, a fin de que los pueblos del Caribe fortalezcan su capacidad de controlar, mejorar y mantener su bienestar; y, en consecuencia, asumir un mayor control sobre su salud y mejorarla (iniciativas desde la acción sanitaria).⁽²⁶⁾

Caribe exige la colaboración estrecha entre el sector sanitario y otros sectores al considerar que los determinantes de salud son múltiples, de ahí dicha interacción da la oportunidad para proporcionar sistemas eficaces y eficientes que coadyuven a un mejor estado de salud.

Sus estrategias contemplan en conjunto la PS y los principios de equidad en salud para: formular normas públicas saludables, reorientar los servicios de salud, potenciar las comunidades (bienestar, acción comunitaria, tradiciones); crear ambientes saludables, fortalecer destrezas personales relacionadas con la salud (educación continua para cada etapa vital); y construir alianzas entre los sectores que influyen en la salud de las personas (énfasis en medios de comunicación).

Declaración de Yakarta. 1997: Sobre la PS en el Siglo XXI: La salud desde una mirada de promoción y sus determinantes que, al enfrentarse a los retos del siglo XXI, busca mejores expectativas de salud, justicia social, equidad, desarrollo humano, capital social, derechos y calidad de vida.⁽²⁶⁾

La promoción de la salud trae consigo estrategias que “pueden crear y modificar los modos de vida y las condiciones sociales, económicas y ambientales”. Por ello es la base para que las poblaciones, en conjunto con los sectores públicos y privados, ejerzan un mayor control sobre su salud y establezcan acciones para mejorarla.

Reconoce los cambios en los factores determinantes de la salud y busca un enfoque multisectorial para garantizar un abordaje integral, coordinado y en red que sea consecuente con procesos de formación continua, empoderamiento, participación y movilización en sus distintos escenarios, para propender por transformaciones sostenibles.

Declaración Ministerial de México. 2000: Promoción de la Salud: Hacia una mayor equidad: La promoción de la salud es un deber y una responsabilidad que coadyuva

al logro de un grado máximo de salud, considerado “un recurso para el disfrute de la vida y que es necesario para el desarrollo social y económico y la equidad”. Por lo tanto, se reconoce que el despliegue de acciones para la promoción de la salud es eficaz; de ahí, que su accionar debe ser una prioridad fundamental en políticas y programas (según contextos propios de cada país); sin embargo, aún están presentes desafíos de salud que deben ser abordados desde los determinantes sociales para fomentar la equidad, el bienestar y una mejor salud. ⁽²⁶⁾.

Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. 2005: Establece las medidas, los compromisos y las promesas necesarias para abordar, desde las personas, grupos y organizaciones, los factores determinantes de la salud en un mundo globalizado mediante la promoción de la salud. Afirma que las políticas y alianzas destinadas a empoderar a las comunidades, mejorar la salud y la igualdad deben ocupar un lugar central en el desarrollo mundial y nacional; así mismo, identifica a la promoción de la salud como una función central de la salud pública, que coadyuva a los esfuerzos invertidos para afrontar las amenazas para la salud.

Reitera que la salud es un derecho universal de todas las personas y la promoción de la salud es necesaria como parte de los procesos políticos y sociales globales que fortalece las habilidades y capacidades de las personas, y ayuda en la modificación de condiciones sociales, ambientales y económicas. De esta manera se destaca la importancia de pensar en la construcción de políticas en salud y en la planificación de acciones donde su diseño e implementación se basen en la promoción de la salud. La llamada a la acción de Nairobi. 2009: Resalta que la PS ha demostrado su efectividad y una devolución de la inversión en los niveles locales, regionales nacionales e internacionales; reafirmando valores, principios y estrategias de acción consignadas en Ottawa y Bangkok. ⁽²⁶⁾.

3.3 CONCEPTOS BÁSICOS DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES:

La salud debe concebirse como fin en sí misma y como medio, que permite a las personas llevar una buena vida individual y social y económicamente productiva. Apoyada en este concepto, la “Carta de Ottawa” establece que la “Promoción de la Salud (PS) consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma” (OMS, 1986:1). ⁽²⁶⁾. Según la OMS (1998:11), La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también a mejorar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la Salud Pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud. ⁽²⁶⁾.

Por otra parte, La Prevención de la Enfermedad (PE) ha sido definida como el conjunto de acciones que tienen por fin la identificación, control o reducción de los factores de riesgo biológicos, del ambiente y del comportamiento, para evitar que la enfermedad aparezca, o se prolongue, ocasione daños mayores o genere secuelas evitables (OMS, 1997:384-385).⁽²⁷⁾.

3.4 LA SALUD PÚBLICA Y SU PAPEL EN EL CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

3.4.1 Descripción de los Principales Elementos del Plan de Acción para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles en las Américas 2013–2019 (OPS/OMS):

Este plan de acción propuesto para el período 2013-2019 corresponde a la estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, 2012-2025, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), respaldada en el 2012 por la Conferencia Sanitaria Panamericana junto con un marco regional para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (ENT). En este plan se proponen acciones para la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) y los Estados Miembros en relación con las ENT, teniendo en cuenta las iniciativas, los contextos y los logros regionales y subregionales, y siguiendo la cronología del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. Al mismo tiempo, el plan está alineado con el marco mundial de vigilancia y el Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020 de la Organización Mundial de la Salud (OMS).⁽²⁸⁾.

La Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles para 2012-2025 de la OPS, tiene cuatro líneas estratégicas:

- 1. Políticas y Alianzas Multisectoriales para la Prevención y el Control de las ENT:** el objetivo de la presente estrategia es promover, a nivel del gobierno y en colaboración con una amplia gama de entidades no estatales, según corresponda, la integración de la prevención de las ENT en otros sectores que están fuera del sector de la salud; también se enfoca en la formulación de planes y políticas a nivel intersectorial.
- 2. Factores de Riesgo y Factores Protectores de las ENT:** la presente estrategia se basa en la reducción del consumo de alcohol y tabaco, promoción de una alimentación sana y hábitos y estilos de vida saludables a fin de propiciar la salud y el bienestar y prevenir la obesidad.
- 3. Respuesta de los Sistemas de Salud a las ENT y sus Factores de Riesgo:** esta estrategia pretende mejorar la calidad de los servicios de salud

para el tratamiento de las ENT; como también aumentar la accesibilidad y el uso racional de medicamentos esenciales y tecnologías para la detección, diagnóstico, tratamiento, control, rehabilitación y cuidados paliativos de las mismas y la implementación de intervenciones eficaces, basadas en la evidencia y costo-eficaces, para el tratamiento y el control de las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión, la diabetes, los cánceres y las enfermedades respiratorias crónicas.

4. **Vigilancia e Investigación de las ENT:** con esta estrategia se pretende mejorar la calidad y el alcance de los sistemas de vigilancia de las ENT y sus factores de riesgo, a fin de incluir información sobre la situación socioeconómica, ocupacional o laboral; como también mejorar la utilización de los sistemas de vigilancia de las ENT y sus factores de riesgo y fortalecer la investigación operativa con miras a mejorar la base de evidencia para la planificación, la vigilancia y la evaluación de las políticas y los programas relacionados con las Enfermedades No Transmisibles.

Las acciones propuestas se centran en las cuatro ENT que representan la mayor carga de enfermedad en la región: enfermedades cardiovasculares (ECV), cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas, así como en sus cuatro factores de riesgo comunes, a saber, consumo de tabaco, régimen alimentario poco saludable, inactividad física y consumo nocivo de alcohol, y en los factores biológicos de riesgo relacionados: hipertensión e hiperglucemia. Al mismo tiempo, en el plan se tienen en cuenta importantes comorbilidades, como sobrepeso y obesidad, trastornos de salud mental (especialmente depresión y demencia), enfermedades bucales y nefropatías, que comprometen aún más la calidad de vida y aumentan la complejidad del problema que debe abordarse con las respuestas nacionales. ⁽²⁸⁾.

3.4.2 Descripción de los Principales Elementos del Plan Andino para la Prevención de las Enfermedades No Transmisibles 2018 – 2022 en los países de la Región Andina (Organismo Andino de Salud 2018):

Las Enfermedades No Transmisibles (ENT), en la Sub Región Andina, constituyen la primera causa de morbilidad y mortalidad, además de causar muerte y discapacidad prematuras. Las estadísticas actuales muestran que las ENT y sus factores de riesgo siguen incrementándose descontroladamente a nivel mundial y en todos los países de la Subregión (Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela).

Este Plan Estratégico se centró en las siguientes cuatro líneas de trabajo:

- a) Política y Abogacía.
- b) Vigilancia de las Enfermedades No transmisibles.
- c) Promoción de la salud y prevención de enfermedades.
- d) Manejo integrado de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo.

El 25 de septiembre de 2015, los líderes mundiales adoptaron un conjunto de objetivos globales para erradicar la pobreza, proteger el planeta y asegurar la prosperidad para todos, como parte de una nueva agenda de desarrollo sostenible. Cada objetivo tiene metas que deberán alcanzarse hasta el 2030. La llamada “Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible” aprobada incluye 169 metas y los 17 siguientes objetivos”.⁽²⁹⁾.

Líneas Estratégicas de Acción del Plan Estratégico 2018-2022

Desarrollar el Plan Andino para la Prevención y Control de las Enfermedades no Transmisibles 2018-2022, a través de políticas y alianzas multisectoriales, reducción de factores de riesgo, protección de factores protectores, fortalecimiento de sistemas de salud, la vigilancia, la investigación, el intercambio de iniciativas y de lecciones aprendidas entre los países de la subregión andina: Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela.

- 1. Políticas y Alianzas Multisectoriales para la Prevención y el Control de las ENT:** Diseñar, implementar y/o fortalecer medidas multisectoriales que apunten a la prevención y control de las ENT, en especial las “best buys - mejores compras” y otras intervenciones recomendadas para tratar y controlar las enfermedades no transmisibles, que son medidas costo efectivas para reducir el consumo de tabaco, del uso nocivo del alcohol, para promover las dietas saludables y la actividad física, salvaguardando los espacios multisectoriales contra la interferencia de actores cuyos productos, prácticas o políticas se oponen a la salud pública.
- 2. Factores de Riesgo y Factores Protectores de las ENT:** Reducir la prevalencia de los principales factores de riesgo de las ENT y fortalecer los factores protectores, con énfasis en niños, niñas, adolescentes, mujeres gestantes y grupos vulnerables, así como apoyar la implementación de estrategias de promoción de la salud, incluidas las medidas fiscales y de regulación, así como vigilar y monitorizar la aplicación de medidas de prevención.
- 3. Respuesta de los Sistemas de Salud a las ENT y sus Factores de Riesgo:** Mejorar la cobertura, el acceso equitativo y la calidad de la atención para las cuatro principales ENT: enfermedades cardiovasculares, cánceres, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas y otras que tengan prioridad a nivel nacional, con énfasis en la atención primaria de salud que incluya la prevención y un mejor autocuidado.
- 4. Vigilancia e Investigación de las ENT y Factores de Riesgo:** Fortalecer la capacidad de los países para la vigilancia y la investigación sobre las ENT, sus factores de riesgo y sus determinantes; así como favorecer el uso los resultados

de la investigación como sustento para la elaboración y ejecución de políticas públicas, planes, estrategias y programas con enfoque diferencial con énfasis en población vulnerable.

Resultados Esperados, Objetivos Específicos e Indicadores:

Los resultados propuestos del presente Plan Andino para la Prevención y Control de las Enfermedades no Transmisibles son los siguientes:

1) Políticas y Alianzas Multisectoriales para la Prevención y el Control de las ENT Establecidas:

- Fomentar la creación e implementación de normas y políticas públicas, que garantice la promoción de la salud y prevención de las ENT con la participación activa de otros sectores como agricultura, ganadería, comercio, educación, deporte, trabajo, desarrollo social, finanzas, urbanismo, medio ambiente, transporte, etc., a nivel del gobierno y en colaboración con entidades no estatales y la sociedad civil.
- Formular o fortalecer los planes nacionales multisectoriales que favorezcan la promoción de la salud, prevención y control de las ENT y sus factores de riesgo.
- Lograr la cobertura universal de servicios de salud con calidad y calidez y acceso más equitativo orientados a la promoción de la salud, la prevención, el tratamiento, rehabilitación y los cuidados paliativos para las ENT.

2) Factores de Riesgo de ENT Reducidos y Factores Protectores Fortalecidos e Incrementados:

- Reducir el consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco.
- Reducir el consumo nocivo de alcohol.
- Promover la alimentación sana a fin de propiciar la salud y el bienestar.
- Promover una vida activa a fin de propiciar la salud y el bienestar en todo el curso de vida y en todos los entornos.

3) Sistemas de Salud preparados para responder las demandas por las ENT y sus Factores de Riesgo:

- Incrementar las coberturas de detección temprana de las ENT y sus factores de riesgo.
- Mejorar la disponibilidad y el uso racional de medicamentos esenciales, así como el acceso a tecnologías para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, control, rehabilitación y cuidados paliativos de las ENT y sus factores de riesgo.

- Implementar intervenciones costo-eficaces y basadas en la evidencia, para el tratamiento y el control de las ENT (enfermedades cardiovasculares, la hipertensión, la diabetes, los cánceres y las enfermedades respiratorias crónicas).

4) Información oportuna y de calidad provenientes de los Sistemas de Vigilancia e Investigación de las ENT priorizadas:

- Fortalecer la calidad y el alcance de los sistemas de vigilancia de las ENT y sus factores de riesgo.
- Mejorar la utilización de los sistemas de vigilancia de las ENT y sus factores de riesgo y fortalecer la investigación operativa para mejorar la evidencia para la planificación, vigilancia y la evaluación de las políticas, programas e intervenciones en ENT.
- Intercambiar información técnica para la promoción de la salud, prevención y control de ENT: a) Normas y políticas, b) documentos técnicos, c) guías de práctica clínica, c) investigaciones.⁽²⁹⁾

3.5 ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES:

3.5.1 Hipertensión Arterial:

Es una enfermedad crónica que se caracteriza por ser un trastorno vascular cuya manifestación clínica más evidente es la elevación anormal de las cifras de TA y cuya consecuencia puede ser la presentación de eventos vasculares aterotrombóticos (infarto de miocardio, ataque cerebrovascular, entre otros), falla cardíaca o falla renal. Más del 90% de los casos de HTA no tienen una causa identificable y corregible, por lo que requieren de tratamiento crónico (18). “Hipertensión arterial se define cuando las cifras tensionales son iguales o mayores que 140/90 mm Hg (IIB- recomendado) (recomendación adecuada o de primera línea)”⁽³⁰⁾.

3.5.1.1 Estadios de la Enfermedad:

- Estadio I a todo paciente con tensiones arteriales entre 140-159 mm Hg la sistólica y/o 90 - 99 mm Hg la diastólica.
- Estadio II a todo paciente con tensión arterial mayor o igual a 160 mm Hg y/o diastólica mayor o igual a 100 mm Hg⁽³⁰⁾.

3.5.1.2 Riesgo de Desarrollo de la Enfermedad:

Se considera en riesgo de desarrollo de hipertensión arterial a todo paciente por lo demás sano (de bajo riesgo o de riesgo intermedio cardiovascular) con más de dos tomas en consulta con cifras de tensión arterial sistólica entre 130-140 mm Hg y

tensión arterial diastólica 80-90 mm Hg, haciendo énfasis en que se debe empoderar a estos pacientes de su salud mediante la promoción de las actividades de autocuidado y la prevención no farmacológica. ⁽³⁰⁾.

3.5.1.3 Clasificación del Riesgo:

De acuerdo con la sociedad Colombiana de Cardiología, la escala de Framingham sobreestima el riesgo en la población colombiana; La escala procam convencional sobreestima el riesgo en pacientes de alto riesgo y tiene una capacidad de discriminación baja (roc menor de 0,7), por lo que se debería validar las escalas AHSACC2013, ACCVD y SCORE en Colombia. Por ahora se recomienda usar el conteo de factores de riesgos clásicos, considerando como alto riesgo pacientes con dos o más factores de riesgo. Para la cuantificación del riesgo a 10 años se puede utilizar la escala Interheart, que, aunque evalúa el riesgo de infarto, ha mostrado un buen desempeño ⁽³⁰⁾.

Ayudas Paraclínicas de diagnóstico de la Enfermedad ⁽³⁰⁾:

- En toda persona mayor a 3 años se recomienda conocer el valor de su presión arterial.
- Se debe realizar tamización de presión arterial a toda persona menor de 50 años mediante tomas ocasionales (al menos una vez al año) de presión arterial.
- Se debe realizar tamización activa de toda persona mayor de 50 años con tomas de presión arterial al menos cada 3 meses.
- En personas con diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial, se debe evaluar el daño en órgano blanco mediante cuadro hemático, perfil lipídico, electrolitos TSH, creatinina, calcio, sodio, potasio, parcial de orina con micro albuminuria, ácido úrico y electrocardiograma, al menos una vez cada año.
- El ecocardiograma se reversa a criterio clínico o cuando se sospeche compromiso de órgano blanco.
- La frecuencia de la evaluación mediante laboratorios en individuos con diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial dependerá de los factores de riesgo que tenga.
- Se debe recomendar al paciente la medición y el registro sistemáticos de su presión arterial en casa bajo el esquema ampa (tomas diarias, diurna y nocturna, de la presión arterial durante seis días consecutivos o más) en las siguientes situaciones:
 - Como seguimiento del paciente con diagnóstico de hipertensión arterial.
 - Cuando se sospeche hipertensión arterial de bata blanca.
 - Cuando se sospeche no adherencia al tratamiento.

- Cuando hay daño de órgano blanco o aumento del riesgo global, aunque tenga cifras tensionales adecuadas en la consulta⁵.
- Se recomienda realizar monitorización ambulatoria de la presión arterial de 24 horas (MAPA) mediante método estándar⁵, en los siguientes casos:
 - Presión arterial en el consultorio con cifras sistólicas entre 130 y 160 y diastólicas entre 80 y 100 mm Hg.
 - Adultos con terapia farmacológica antihipertensiva múltiple con mediciones durante la consulta de 10 mm Hg por encima de la meta.
 - Para tamización de “hipertensión de bata blanca” (alternativamente podría apelarse a la medición domiciliaria ya descrita, según disponibilidad).
 - Cuando se haga modificación del tratamiento en pacientes con metas de presión arterial no alcanzadas, especialmente en presencia de hipertensión nocturna por considerarse que hay aumento del riesgo cardiovascular-
 - Cuando exista riesgo cardiovascular incrementado según los parámetros de Interheart ya mencionados.
 - Se debe dotar de equipo de monitorización de tensión arterial a los programas de hipertensión arterial.
 - Se deben tener en cuenta todas las posibles presentaciones clínicas de la enfermedad, incluyendo hipertensión arterial sistólica en el adulto joven, hipertensión arterial diastólica en edad media e hipertensión arterial sistólica aislada del adulto mayor, entre otras, para el enfoque adecuado e integral del paciente hipertenso.

3.5.1.4 Estrategias de Manejo no Farmacológico de la Enfermedad ⁽³⁰⁾:

El tratamiento no farmacológico es la base de cualquier terapia para el tratamiento de la hipertensión arterial y no reemplaza el manejo farmacológico sino la complementa.

- Se recomienda promover el manejo de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial por grupos interdisciplinarios.
- Se recomienda el estilo o patrón de dieta dash, que recomienda incluir altas cantidades de granos enteros, frutas, verduras y legumbres, nueces, así como, la ingesta de cantidades moderadas de lácteos bajos en grasa y cantidades bajas de productos procesados ricos en grasas totales y saturadas, sodio y bebidas endulzadas; está asociada con la prevención adecuada y el tratamiento de pacientes con presión arterial alta.
- Se recomienda seguir siempre un patrón dietético saludable que debe prescribirse para la prevención y tratamiento de algunas otras enfermedades crónicas, que incluyen tanto dislipidemia e hiperglucemia que junto con la

hipertensión arterial son factores de riesgo independientes para el desarrollo de enfermedad renal crónica y eventos cardiovasculares mayores.

- La interacción entre el estado hipertensivo y la dieta fue estadísticamente significativa para la presión arterial sistólica 5,5 mm Hg (p 0,001) y marginalmente significativa para la presión arterial diastólica 3 mm Hg (p 0,03).
- La respuesta individual a la sal es mayor en pacientes de raza negra, mujeres, diabéticos y ancianos, así que específicamente en estos pacientes debe recomendarse la disminución de sal.
- Los beneficios cardiovasculares de la ingesta reducida de sal están a la par con los beneficios de las reducciones en toda la población del consumo de tabaco, la obesidad y la actividad física regular.
- Es necesario incluir como política pública nacional a las grandes cadenas productoras de alimentos para que reduzcan el contenido de sal en los alimentos más consumidos por la población general. Además, se debe etiquetar adecuadamente los productos altos en contenido de sal y evitar la transmisión de publicidad engañosa que invite a los más jóvenes a consumir estos alimentos procesados, azucarados y con alto contenido de grasas saturadas.
- La Organización Mundial de la Salud -OMS-, recomienda en adultos una ingesta diaria de potasio procedente de la comida de 90 mmol (3.500 mg), los cuales pueden obtenerse de consumir de 4 a 5 porciones diarias de frutas y verduras, pescados, frutos secos y lácteos entre otros.
- Hay evidencia Clase I, Nivel B que indica que 150 minutos de actividad física semanal ofrecen una alternativa que puede usarse para complementar la medicación antihipertensiva.
- Una reducción equivalente al 50% del consumo de tabaco entre adultos, reduciría en un tercio las muertes evitables relacionadas con éste.
- Reducir el consumo de alcohol.
- El compromiso entre médico y paciente, en educación sobre su enfermedad y complicaciones, concientiza y responsabiliza al paciente e incide en las tasas de adherencia en la disminución de eventos mayores (infarto de miocardio, insuficiencia renal, accidente cerebrovascular).

3.5.1.5 Estrategias de Manejo Farmacológico de la Enfermedad de Primera Línea ⁽³⁰⁾:

Diuréticos beta-adrenérgicos, inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA), bloqueadores de los canales de calcio, antagonista de los receptores de la angiotensina II (ARA II) y bloqueadores alfa.

- Iniciar tratamiento con medicamentos antihipertensivos a personas menores de 70 años con hipertensión en etapa 1 que tengan uno o más de los siguientes signos: daño de órgano blanco, enfermedad cardiovascular establecida,

enfermedad renal, diabetes, riesgo cardiovascular a 10 años equivalente al 20% o superior para las metas de paciente de alto riesgo cardiovascular.

- Iniciar tratamiento con medicamentos antihipertensivos a personas de cualquier edad con hipertensión en etapa 2.
- Tanto como sea posible, recomiende el tratamiento con medicamentos tomados solo una vez al día, en única dosis o combinaciones en un solo comprimido.
- Los pacientes con hipertensión arterial sistólica aislada con cifras iguales o mayores de 160 deberán recibir manejo. Ofrezca a las personas con hipertensión sistólica aislada (presión arterial sistólica de 160 o más), el mismo tratamiento que las personas con presión arterial sistólica y diastólica elevadas.
- Ofrezca a personas de 70 años o más, el mismo tratamiento con medicamentos antihipertensivos que a las personas de entre 55 y 70 años teniendo en cuenta las comorbilidades.
- Existe evidencia de para iniciar tratamiento antihipertensivo con un bloqueador de canales de calcio (BCC) en personas mayores de 60 años en personas de raza negra de cualquier edad. Si no es adecuado un inhibidor de canal de calcio (CCB), ofrezca un diurético similar a la tiazida.
- En pacientes de raza negra los diuréticos (incluyendo espironolactona) en compañía de los CCB, son los medicamentos de primera línea de tratamiento.
- Los betabloqueadores no son una terapia inicial para la hipertensión. Sin embargo, los betabloqueadores se pueden considerar en personas más jóvenes, particularmente en: Aquellos con intolerancia o contraindicación a los IECA y ARA II o mujeres en edad fértil o personas con evidencia de mayor impulso simpático.
- Si la terapia se inicia con un betabloqueador y se necesita un segundo fármaco, agregue un bloqueador de los canales de calcio dihidropiridínico, en lugar de un diurético similar a la tiazida para reducir el riesgo de desarrollar hiperglicemia.
- Se debe iniciar terapia combinada como primera línea de manejo en todo paciente con hipertensión arterial estadio II (160/100) al momento del diagnóstico inicial, especialmente si es un paciente de alto riesgo cardiovascular.
- Se debe ofrecer un tratamiento escalonado teniendo en consideración los grupos farmacéuticos mencionados anteriormente, que incluyen CCB --- IECA - ARB --- diuréticos, bloqueadores alfa.

3.5.1.6 Estrategias de Terapia Combinada para el Manejo de la Enfermedad

(30):

La terapia combinada para el tratamiento de hipertensión arterial se refiere al uso de dos o más fármacos con diferente mecanismo de acción que tienen como objetivo controlar las cifras de tensión arterial a las metas requeridas y mantenerlas en el tiempo, aprovechando sus efectos sinérgicos y reduciendo los efectos adversos derivados del uso de altas dosis de los medicamentos por separado. Los principales motivos para utilizar terapia combinada en pacientes hipertensos son los siguientes:

- La alta frecuencia de pacientes con tensión arterial no controlada a pesar del tratamiento inicial, la cual se ha reportado entre el 30-54%³⁶.
- Es el tratamiento recomendado de primera línea en pacientes con alto riesgo cardiovascular con daño subclínico de órgano (diabetes, enfermedad renal crónica, enfermedad cardiovascular).
- Cuando la monoterapia a dosis máxima falla en controlar las tensiones arteriales.
- La lógica del uso de la terapia combinada está basada en que la formulación de un único grupo antihipertensivo lleva a la activación de vías alternas fisiopatológicas que perpetúan la hipertensión (ejemplo: al usar un diurético se activa el eje renina---angiotensina---aldosterona). Por tanto, emplear dos o más fármacos de mecanismo de acción diferentes puede potenciar el efecto antihipertensivo de cada uno de ellos.

Para realizar una terapia combinada exitosa se dispone de cuatro grupos farmacológicos principales: IECA, ARA, CCB y diuréticos. Las combinaciones más recomendadas por guías que aplican para Colombia son:

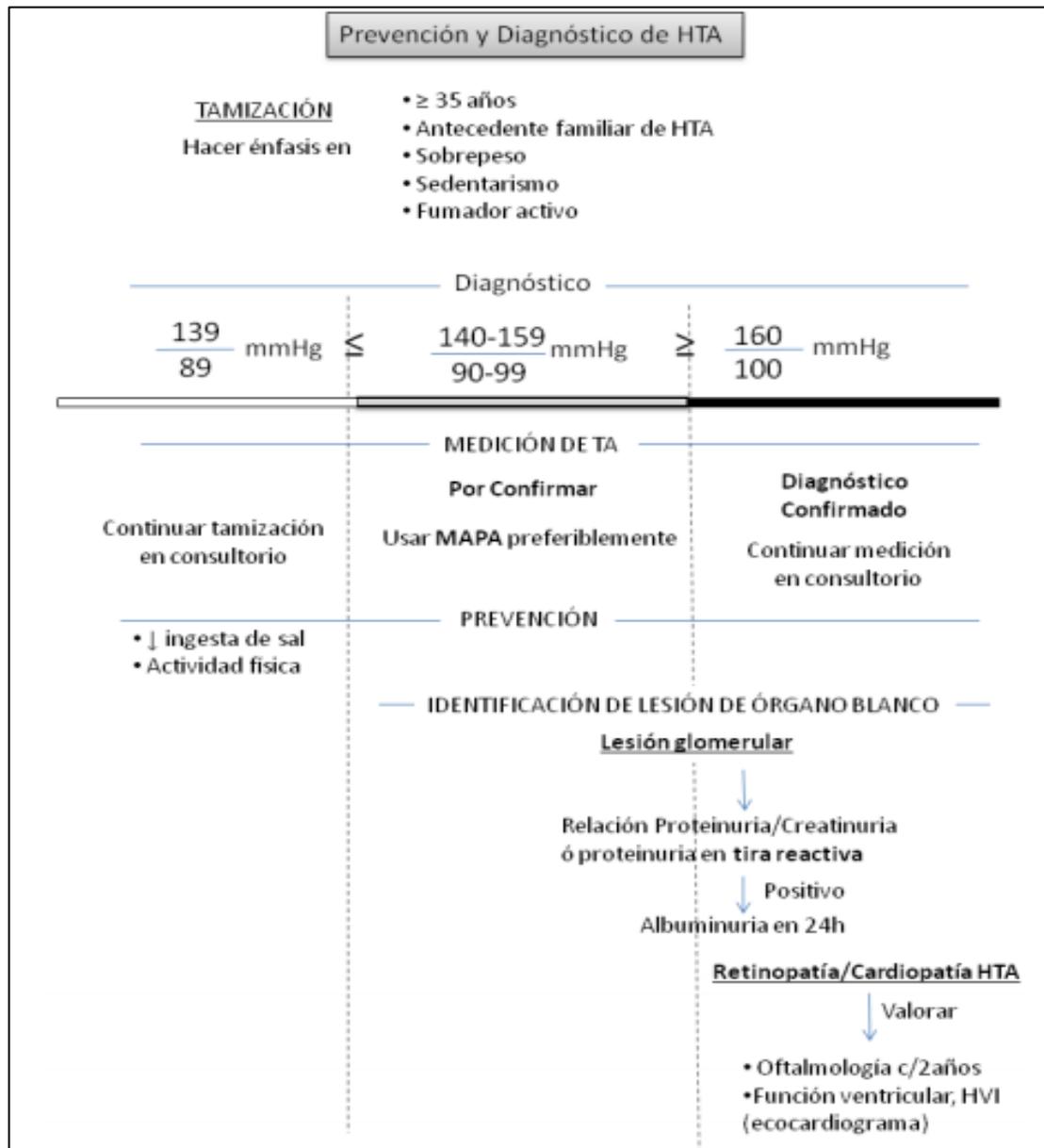
- IECA con diuréticos:
 - Enalapril + clortalidona/indapamida/hidroclorotiazida (HCTZ).
 - Captopril + clortalidona/indapamida/hidroclorotiazida.
 - Perindopril/indapamida
- IECA con CCB:
 - Enalapril + amlodipino. Enalapril + nifedipino.
- ARA con diuréticos:
 - Losartan + clortalidona/indapamida/hidroclorotiazida.
 - Valsartan + clortalidona/indapamida/hidroclorotiazida.
 - Irbesartan + clortalidona/indapamida/hidroclorotiazida.
- ARA con CCB:
 - Losartan + amlodipino. Valsartan + amlodipino.
 - Telmisartan + amlodipino.
- CCB con diuréticos:
 - Amlodipino + clortalidona/indapamida/hidroclorotiazida.
 - Nifedipino + clortalidona/indapamida/hidroclorotiazida.
- Se debe iniciar terapia combinada como primera línea de manejo en todo paciente con hipertensión arterial estadio II (160/100) al momento del diagnóstico inicial, especialmente si es un paciente de alto riesgo cardiovascular.
- Quienes más se benefician son aquellos que han presentado ya un primer evento cardiovascular mayor (infarto de miocardio, ataque cerebrovascular, estenosis carotídea y/o enfermedad arterial periférica).
- Se recomienda usar terapia combinada en pacientes que utilizaron monoterapia inicialmente y fallaron en lograr el control de sus cifras de presión arterial a las metas que se exigen, es decir, persisten con tensiones mayores a 140/90 mm

Hg en al menos dos tomas hechas en el consultorio o mayores a 135/85 mm Hg en el MAPA o AMPA. Estas metas son diferentes en pacientes con alto riesgo cardiovascular en quienes el punto de corte de presión arterial de control es menor y depende de su comorbilidad principal.

Para Colombia, se considera que las combinaciones que vienen en tableta diaria única comparado con los medicamentos por separado en sus respectivas dosis, son igualmente beneficiosas en cuanto al impacto en eventos cardiovasculares; sin embargo, se hace énfasis en que el uso de dosis única diaria aumentaría la adherencia al tratamiento antihipertensivo la cual es baja en Colombia, a un nivel muy similar al reportado en el resto del mundo. Si el paciente con hipertensión requiere un tercer medicamento para controlar su presión arterial, las combinaciones más recomendadas son:

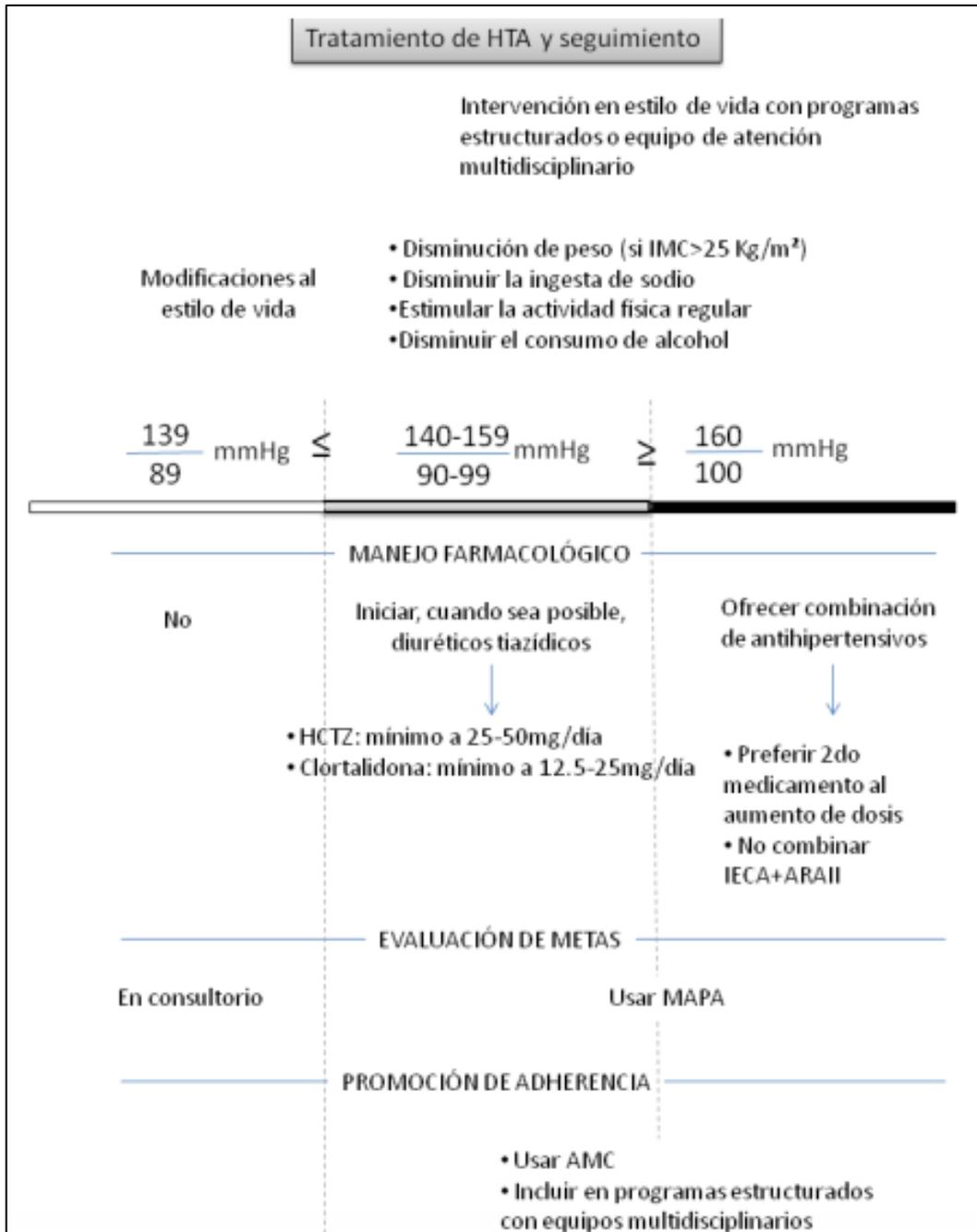
- ARA + diurético + CCB:
Losartan + clortalidona/indapamida/hidroclorotiazida + amlodipino. Losartan + clortalidona/indapamida/ hidroclorotiazida + nifedipino. Valsartan + clortalidona/indapamida/hidroclorotiazida + amlodipino. Olmesartan + clortalidona/indapamida/hidroclorotiazida + amlodipino.
- IECA + diurético + CCB:
Enalapril + clortalidona/indapamida/hidroclorotiazida + amlodipino. Enalapril + clortalidona/indapamida/ hidroclorotiazida + nifedipino. Perindopril + indapamida + amlodipino.

Figura 1. Esquema para la prevención y diagnóstico de la Hipertensión Arterial



Fuente: Guía de Práctica Clínica HTA. Pág. 370

Figura 2. Esquema para el tratamiento y seguimiento a pacientes con Hipertensión Arterial

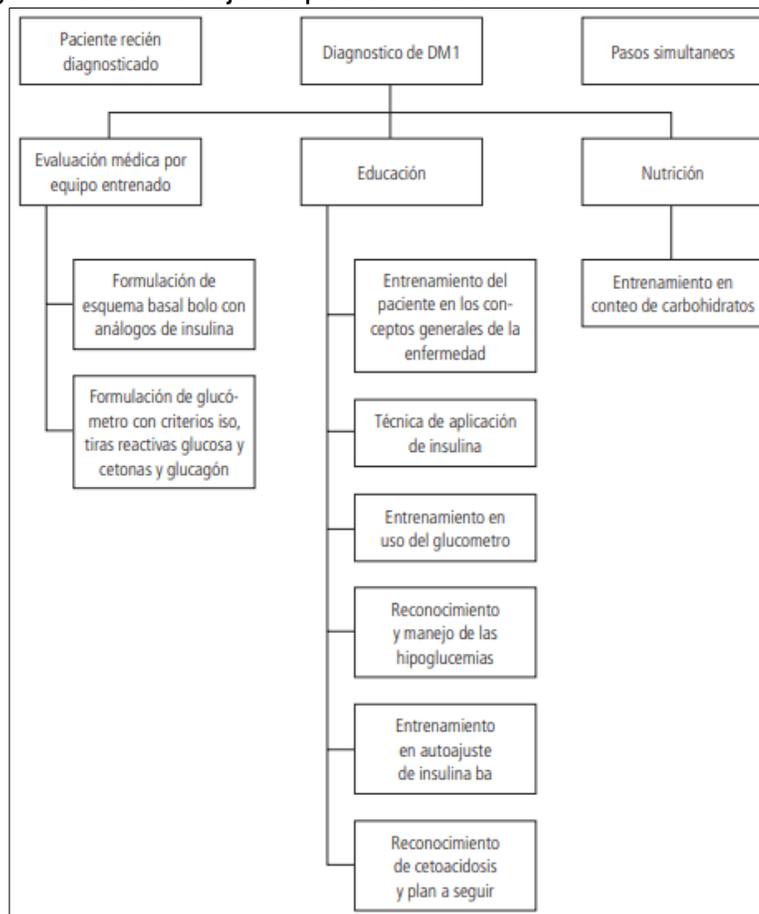


Fuente: Guía de Práctica Clínica HTA. Pág. 371

3.5.2 Diabetes Mellitus:

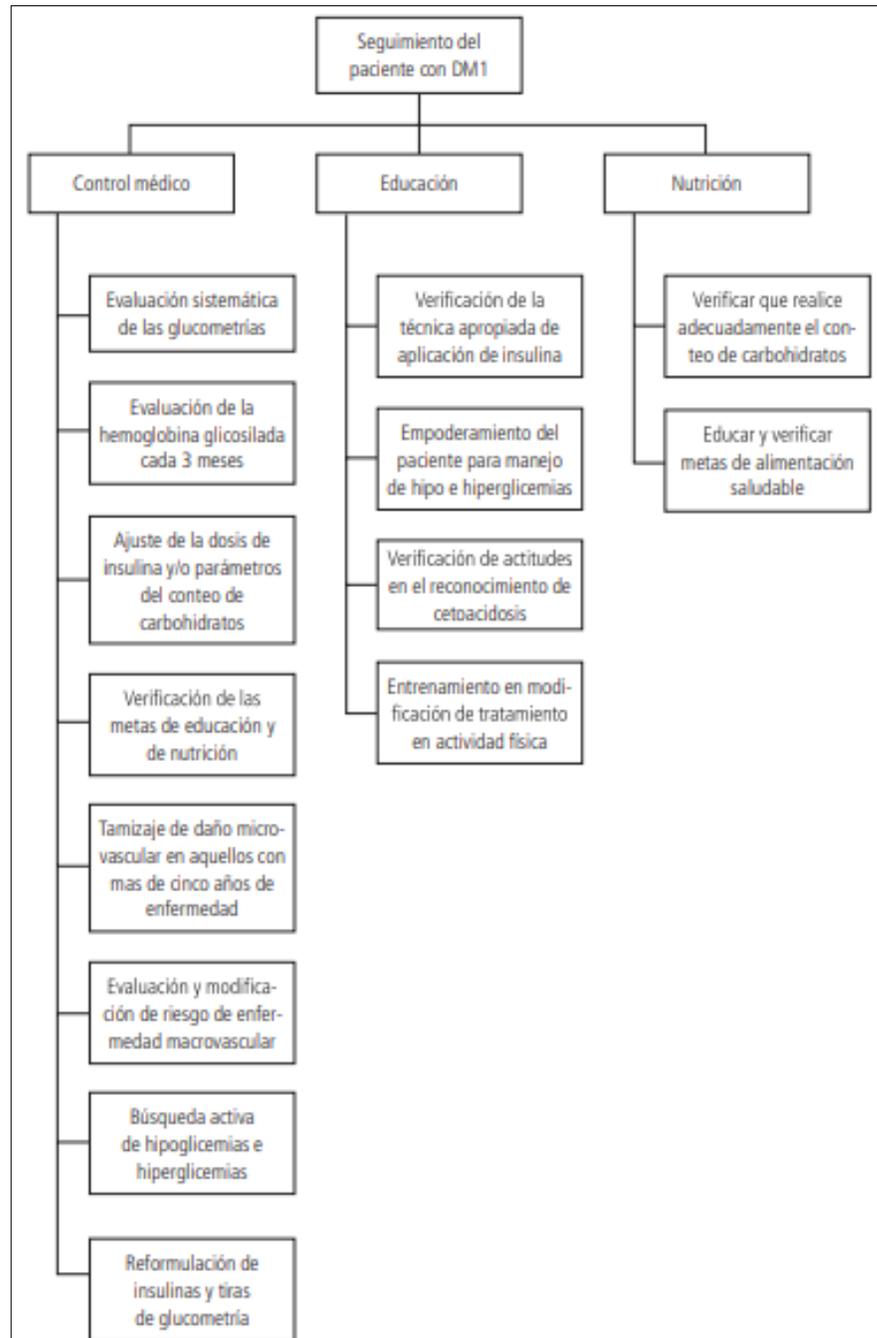
La DM1 es causada por una destrucción de las células β del páncreas, lo cual lleva a un déficit temprano de insulina y es una de las enfermedades crónicas más frecuentes en niños, aunque alrededor del 25 % de los casos se diagnostican durante la edad adulta. Se ha recomendado clasificar a los pacientes diabéticos tipo 1 en 1A (de mecanismo inmunitario [el 85 % de los casos]) y 1B (otros mecanismos con déficit importante de insulina [15 %]). Más del 90 % de los pacientes diabéticos tipo 1 de raza blanca no hispanos presentan positividad para alguno de los 4 anticuerpos que suelen determinarse (autoanticuerpos contra las células de los islotes y la insulina, autoanticuerpos GAD y las tirosinas fosfatasas IA-2 y IA-2b), mientras que, en los afroamericanos y los hispanos, casi la mitad carecen de anticuerpos ⁽³¹⁾.

Figura 3. Algoritmo de manejo de pacientes con DM1



Fuente: Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento, y seguimiento de los pacientes mayores de 15 años con diabetes mellitus tipo 1 | 2015 Guía No. GPC-2015-50

Figura 4. Algoritmo de Seguimiento a pacientes con DM1



Fuente: Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento, y seguimiento de los pacientes mayores de 15 años con diabetes mellitus tipo 1 | 2015 Guía No. GPC-2015-50

3.5.2.1 Criterios de Diagnóstico ⁽³¹⁾:

- Se emplean la hemoglobina glucosada, la glucosa sérica en ayunas y la prueba de glucosa sérica 2 horas pos carga de 75 g de glucosa.
- HbA1c \geq 6,5 %: Dicho estudio debe obtenerse en un laboratorio que utilice un método certificado por el Programa Nacional de Estandarización de Glicohemoglobina y estandarizado con el método que se utilizó en el estudio en diabetes mellitus tipo DCCT. Para verificar que un laboratorio cuente con dicha condición, se puede acceder a la página web www.ngsp.org
- Glucosa en ayunas \geq 126 mg/dL: Se define ayuno como la ausencia de ingesta calórica por, al menos, las 8 horas previas al examen.
- Glucosa 2 horas pos carga \geq 200 mg/dL: La prueba se debe hacer de acuerdo con los parámetros de la OMS, administrando una carga de glucosa con el equivalente a 75 g de glucosa anhídrica disuelta en agua.

En ausencia de hiperglucemia inequívoca, las mencionadas pruebas deben hacerse en una segunda oportunidad, para confirmar el diagnóstico. En un paciente con síntomas clásicos de hiperglucemia y el desarrollo de una crisis hiperglucémica, un valor de glucosa sérica al azar \geq 200 mg/dL hace el diagnóstico de diabetes, y no requiere repetición de la prueba.

3.5.2.2 Recomendaciones para el Paciente ⁽³²⁾:

- Reducción de peso ayuda a disminuir la probabilidad de progresar de prediabetes a diabetes. También se asocia con reducción de HbA1C y otros factores de riesgo cardiovascular. (IA).
- Dieta: en general se sigue recomendando restricción calórica (IA) y la dieta mediterránea (IIaB). Mencionan que no hay evidencia que demuestre que dietas bajas en carbohidratos mejoren el control glucémico.
- Consumo de alcohol: Cuanto menor sea el consumo de alcohol, mayor es el beneficio. La recomendación es consumir máximo 100 g/semana.
- Consumo de café se asocia con menor riesgo de desarrollar diabetes y con menor riesgo de eventos cardiovasculares en pacientes diabéticos.
- Actividad física: al menos 150 minutos semanales. Retrasa la progresión de prediabetes a diabetes mellitus, mejora el control glicémico y reduce las complicaciones cardiovasculares. (IA).
- Tabaquismo: constituye un factor de riesgo para diabetes, enfermedad cardiovascular y muerte prematura. Aplica también para tabaquismo pasivo. Se recomienda cese de tabaquismo. (IA).

3.6 GENERALIDADES DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN COLOMBIA:

En la lucha contra las ENT, los líderes mundiales, se han comprometido a reducir en un tercio las muertes prematuras por ENT; para el año 2015 la OMS desarrolló un conjunto de 16 intervenciones prácticas, eficaces y eficientes, llamadas «mejores inversiones», que pueden realizarse a nivel primario. Las intervenciones se centran de forma decisiva en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad ⁽³³⁾. Colombia ha logrado un importante avance en el cumplimiento de los indicadores de seguimiento para el control de las ENT., tal como se puede apreciar en la siguiente tabla la información del cumplimiento de los indicadores fue recogida en el año 2019, con cada uno de los representantes de los 194 países miembros de la de la OMS; el perfil que muestra el informe para el tamaño de la población se tomó del informe World Population Prospects de la División de Población de las Naciones Unidas. La mortalidad procede de las tasas de mortalidad por todas las causas para 2016, estimadas a partir de las tablas de supervivencia publicadas en las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2018; El riesgo de muerte prematura por las ENT se estimó para 2015 utilizando tasas de mortalidad ajustadas a la edad de las cuatro categorías principales de ENT combinadas (enfermedades cardiovasculares: I00-I99, cáncer: C00-C97, diabetes: E10-E14, y enfermedades respiratorias crónicas: J30-J98), para cada Estado Miembro.

En este orden de ideas, el estado de Colombia con respecto a las ENT es que con una población de 48.653.000 habitantes, el 75% de las muertes son atribuibles a las ENT, es decir 211.400 muertes con un riesgo de mortalidad prematura por las principales ENT, fue del 16%.

Tabla 1. Monitoreo de Avances en Colombia con respecto al cumplimiento de metas para ENT

| AVANCESEN EN MATERIA DE ENT COLOMBIA 2020 | | | | | |
|---|--|---|---------------|---|--------------------|
| INDICADOR | DESCRIPCIÓN | FRECUENCIA DE REVISION | ESTADO ACTUAL | | |
| 1 | El Estado Miembro ha establecido metas nacionales sujetas a plazos basadas en las orientaciones de la OMS. | El país ha establecido metas nacionales en materia de ENT. Las metas relacionadas con las ENT deberían estar sujetas a plazos y basarse en las nueve metas mundiales de aplicación voluntaria y el marco mundial de vigilancia de la OMS. | Cada años | 2 | Plenamente Logrado |
| 2 | El Estado Miembro ha puesto en marcha un sistema para obtener sistemáticamente datos confiables de | El país cuenta con un sistema de registro civil en el que se recogen sistemáticamente las muertes y las causas de muerte. Los encargados de la cumplimentación utilizan el formulario internacional del certificado médico de | Anualmente | | Plenamente Logrado |

| | | | | | |
|----------------------|---|---|-----------|---|----------------------|
| | mortalidad por causas específicas. | causas de defunción. Para codificar las causas de defunción se utiliza la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Los datos compilados se ponen a disposición de los responsables de formular políticas y los investigadores. | | | |
| 3 | El Estado Miembro ha llevado a cabo un estudio STEPS o un examen sanitario integral cada cinco años. | El país ha llevado a cabo un estudio STEPS u otro estudio de factores de riesgo que incluya mediciones físicas y evaluaciones bioquímicas que abarquen los principales factores de riesgo en el comportamiento y el metabolismo para las ENT. El país debe indicar que la frecuencia de la encuesta es al menos quinquenal. | Cada años | 2 | Parcialmente Logrado |
| 4 | El Estado Miembro tiene en funcionamiento una estrategia o plan de acción nacional de carácter multisectorial que integra las principales ENT y sus factores de riesgo compartidos. | El país tiene una política/estrategia/plan de acción nacional integrada y multisectorial contra las ENT y sus factores de riesgo que aborda las cuatro clases principales de ENT (enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas) y sus factores de riesgo más importantes (consumo de tabaco, dieta malsana, inactividad física y uso nocivo del alcohol). | Cada años | 2 | Plenamente Logrado |
| 5^a | El Estado Miembro ha aplicado medidas para reducir la asequibilidad de los productos de tabaco aumentando los impuestos especiales y los precios. | El país tiene impuestos totales establecidos a un nivel que constituye más del 75% del precio al por menor de los productos de tabaco. | Cada años | 2 | Plenamente Logrado |
| 5B | El Estado Miembro ha aplicado medidas para eliminar la exposición al humo de tabaco ajeno en todos los lugares de trabajo interiores, lugares públicos y transportes públicos. | Está prohibido fumar por completo en todos los lugares públicos del país (o al menos el 90% de la población está protegida por leyes integrales sobre espacios sin humo de ámbito subnacional). «Por completo» significa que no está permitido fumar en ningún lugar, sin excepciones, salvo en residencias y lugares interiores que sirven de centros residenciales de larga duración, como cárceles y centros de atención sanitaria y social de larga duración, por ejemplo unidades psiquiátricas y residencias de ancianos. La ventilación y diferentes tipos de salas y/o zonas designadas para fumadores no protegen de los daños del humo de | Cada años | 2 | Plenamente Logrado |

| | | | | | |
|-----------|--|--|-----------|---|----------------------|
| | | tabaco ajeno. Las únicas leyes que ofrecen protección son las que establecen la prohibición de fumar por completo en todos los lugares públicos. | | | |
| 5C | El Estado Miembro ha aplicado la utilización de un empaquetado neutro/normalizado y/o advertencias sanitarias gráficas grandes en todos los paquetes de tabaco. | El país establece la obligatoriedad de utilizar empaquetado neutro/normalizado y/o advertencias sanitarias gráficas grandes con todas las características apropiadas. | Cada años | 2 | Parcialmente Logrado |
| 5D | El Estado Miembro ha promulgado y aplicado una prohibición total de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco. | El país prohíbe todas las formas de publicidad directa e indirecta. Entre las prohibiciones de publicidad directa se encuentran: la televisión y radio nacionales; las revistas y periódicos locales; las vallas publicitarias y la publicidad exterior; el punto de venta. Entre las prohibiciones de publicidad indirecta figuran: la distribución gratuita de productos de tabaco por correo o por otros medios; los descuentos promocionales; la identificación de productos no tabacaleros con nombres de marca de tabaco (extensión de marcas); la utilización de nombres de marca de productos no tabacaleros para productos de tabaco (uso común de marcas); la aparición de marcas de tabaco (inserción de productos) o de productos de tabaco en televisión y/o en películas; y el patrocinio (contribuciones y/o publicidad de contribuciones). | Cada años | 2 | Plenamente Logrado |
| 5E | El Estado Miembro ha realizado campañas a gran escala a través de los medios de comunicación para educar al público acerca de los daños causados por el hábito de fumar, el consumo de tabaco y el humo de tabaco ajeno. | El país ha realizado una campaña antitabaco a escala nacional a través de los medios de comunicación destinada a apoyar el control del tabaco, de al menos 3 semanas de duración con todas las características apropiadas. | Cada años | 2 | No hubo respuesta |

| | | | | |
|----------------------|--|---|-----------------|------------------------|
| 6^a | El Estado Miembro ha promulgado y aplicado restricciones a la disponibilidad física de alcohol al por menor (restringiendo los horarios de venta). | El país cuenta con un sistema de concesión de licencias o un monopolio sobre las ventas al por menor de cerveza, vino y licores. El país impone restricciones a las ventas de cerveza, vino y licores en locales de consumo o fuera de ellos por lo que respecta a las horas, días y puntos de venta. El país ha establecido límites de edad legales para poder adquirir y consumir bebidas alcohólicas. | Cada 3 o 4 años | Parcialmente Logrado |
| 6B | El Estado Miembro ha promulgado y aplicado prohibiciones o restricciones integrales a la exposición a la publicidad del alcohol (en diferentes tipos de medios de comunicación). | El país cuenta con marcos de regulación o co-regulación para la publicidad del alcohol por diferentes canales (televisión nacional/pública, televisión comercial/privada, radio nacional, radio local, medios impresos, vallas publicitarias, puntos de venta, cines, internet, redes sociales). El país cuenta con un sistema de detección de infracciones de las restricciones de comercialización. | Cada 3 o 4 años | Parcialmente Logrado |
| 6C | El Estado Miembro ha aumentado los impuestos especiales aplicados a las bebidas alcohólicas. | El país grava con impuestos especiales la cerveza, el vino y los licores. El país ajusta el nivel de tributación a la inflación en el caso de las bebidas alcohólicas. | Cada 3 o 4 años | No se ha logrado |
| 7^a | El Estado Miembro ha adoptado políticas nacionales para reducir el consumo de sal/sodio entre la población. | El país ha aplicado políticas nacionales para reducir el consumo de sal/sodio entre la población, en particular la reformulación de productos alimentarios; la creación de un entorno propicio en las instituciones públicas para que puedan proponerse opciones con menos contenido de sodio; campañas de comunicación y en los medios sociales para impulsar un cambio de comportamiento; y el etiquetado en la parte frontal de los envases. | Cada años | 2 Parcialmente Logrado |
| 7B | El Estado Miembro ha adoptado políticas nacionales que limitan los ácidos grasos saturados y eliminan de la cadena alimentaria la práctica totalidad de los ácidos grasos | El país ha aplicado una política (o políticas) que limita los ácidos grasos saturados y elimina de la cadena alimentaria la práctica totalidad de los ácidos grasos trans producidos industrialmente. | Cada años | 2 Plenamente Logrado |

| | | | | | |
|-----------|---|---|-----------|---|----------------------|
| | trans producidos industrialmente. | | | | |
| 7C | El Estado Miembro ha aplicado el conjunto de recomendaciones de la OMS sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños. | El país ha aplicado una política (o políticas) para reducir los efectos que provoca en los niños la promoción de bebidas no alcohólicas y alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos trans, azúcares libres o sal. | Cada años | 2 | No se ha logrado |
| 7D | El Estado Miembro cuenta con legislación/reglamentos para la plena aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. | El país ha promulgado legislación/reglamentos para la plena aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. | Cada años | 2 | Parcialmente Logrado |
| 8 | El Estado Miembro ha aplicado recientemente al menos un programa nacional de sensibilización y motivación pública sobre actividad física, en particular campañas en los medios de comunicación para promover un cambio de comportamiento en relación con la actividad física. | El país ha aplicado recientemente (en los últimos cinco años) al menos un programa nacional de sensibilización pública sobre actividad física. | Cada años | 2 | Plenamente Logrado |
| 9 | El Estado Miembro tiene directrices, protocolos o normas nacionales, reconocidos o aprobados por el gobierno o las autoridades competentes y con fundamento científico, para la atención clínica de las principales ENT mediante el enfoque | Directrices, protocolos o normas nacionales con fundamento científico y aprobadas por el gobierno en relación con la atención clínica (diagnóstico y tratamiento) de las cuatro clases principales de enfermedades no transmisibles: enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas. | Cada años | 2 | Plenamente Logrado |

| | | | | |
|-----------|---|--|-----------|----------------------|
| | de la atención primaria de salud. | | | |
| 10 | El Estado Miembro provee tratamientos farmacológicos (entre otros, para el control de la glucemia) y asesoramiento a las personas con alto riesgo que lo necesiten para prevenir los infartos de miocardio y los accidentes cerebrovasculares, haciendo especial hincapié en la atención primaria de salud. | El país provee tratamiento farmacológico (incluido el control de la glucemia en el caso de la diabetes mellitus y el control de la hipertensión teniendo en cuenta todos los riesgos) y asesoramiento a todas las personas que hayan sufrido un ataque cardíaco o cerebral y aquellas con alto riesgo ($\geq 30\%$ o $\geq 20\%$) de sufrir un episodio cardiovascular mortal o no mortal en los próximos 10 años. | Cada años | 2 Plenamente Logrado |

Fuente: Monitoreo de Avances en Materia de ENT 2020. OMS. Págs. 48 y 206 a 224

3.7 NORMAS Y POLÍTICAS EN SALUD PÚBLICA EN COLOMBIA EN MATERIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN, ATENCIÓN, REHABILITACIÓN Y PALIACIÓN DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES:

3.7.1 Leyes: ⁽³⁴⁾

- **Ley 100 de 1993:** Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **Ley No. 181 de 18 de enero de 1995:** Se dictan disposiciones para el fomento del deporte, la recreación, el aprovechamiento del tiempo libre y la educación física y se crea el Sistema Nacional del Deporte.
- **Ley 715 de 2001:** Competencias y la estructura financiera descentralizada.
- **Ley No. 1355 de 14 de octubre de 2009:** Por medio de la cual se define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención.
- **Ley 1438 de 2011:** Rectoría en el proceso de construcción del Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021.

- **Ley 1753 de 2013:** Plan Nacional de Desarrollo.
- **Ley 1751 de 2015:** Ley Estatutaria de la Salud.
- **Ley 1753 de 2015:** Política de Atención Integral en Salud.

3.7.2 Decretos: ⁽³⁵⁾

- **Decreto No. 1.271 de 21 de junio de 1994:** Declara el día de la lucha contra la hipertensión arterial.
- **Decreto No. 3039 de 10 de agosto de 2007:** Adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010.
- **Decreto No. 2771 del 30 de julio de 2008:** Crea la comisión inter-sectorial para la coordinación y orientación superior del fomento, desarrollo y medición de impacto de la actividad física.

3.7.3 Resoluciones: ⁽³⁶⁾

- ✓ **Resolución No. 3744 de 2000 del Instituto de Seguros Sociales:** Establece la Guía de Manejo del Paciente con Diabetes en el Instituto de Seguros Sociales (ISS).
- ✓ **Resolución No. 412 de 25 de febrero de 2000:** Establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.
- ✓ **Resolución No. 3010 de 31 de agosto de 2000 del Instituto de Seguros Sociales:** Establece la Guía de Manejo del Paciente con Hipertensión Arterial en el Instituto de Seguros Sociales.
- ✓ **Resolución 1841 del 2013:** Por el cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021.
- ✓ **Resolución 429 del 2016:** Política de Atención Integral en Salud (PAIS).
- ✓ **Resolución 3280 del 02 de Agosto del 2018:** Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal.

3.8 EDUCACION PARA LA SALUD:

3.8.1 Antecedentes:

La educación para la salud integra conceptualmente los términos educación y salud; pero este hecho no implica la suma de los dos conceptos. Ambos representan un proceso vital, pero su origen es paralelo al desarrollo político, social y económico de la humanidad ⁽³⁷⁾.

Históricamente la educación y la salud se desarrollaron como disciplinas paralelas pero aisladas, aplicadas en distintas formas de acuerdo al desarrollo histórico de la sociedad. Por su parte en el proceso de salud, los conceptos y las prácticas de salud pública se conocen desde los tiempos más antiguos, cabe como ejemplo mencionar que los hebreos (1500 años AC) les indicaban que debían mantener limpio su cuerpo, desinfectar las viviendas después de una enfermedad, proteger el agua y los alimentos de contaminación, aislar a los leprosos, etc. Sin embargo, es hasta el siglo XVIII en el que la medicina comenzó a transformar su concepción acerca de la casualidad de las enfermedades, pero sin incluir los elementos económicos, sociales y psicológicos presentes en el condicionamiento de la salud y la enfermedad ⁽³⁸⁾.

Es hasta finales del siglo XVIII, que se acepta a los factores externos o modo de vida vinculados a las actividades cotidianas de los sujetos como elementos condicionantes de la presencia o ausencia de algunas enfermedades. Estos cambios fueron gracias a las aportaciones de Chadwick (1842) en Inglaterra y a Shattuck (1850) en Estados Unidos de América, ya que ellos establecen con claridad la relación entre pobreza y enfermedad y demuestran que la miseria reinante en los barrios periféricos de las ciudades industriales, donde se instalan la suciedad, el desarraigo y la marginación, son la causa de la elevada tasa de mortalidad y baja esperanza de vida. Este avance en el conocimiento fue decisivo para el surgimiento de un nuevo paradigma en las ciencias médicas, el modelo médico – social lo que en breve tiempo originó el nacimiento de la higiene social, la medicina social y la salud pública, disciplinas que fueron aportando nuevos conocimientos sobre la determinación social de la salud ⁽³⁷⁾.

A comienzos del siglo XIX, Winslow (1920) indica que la salud pública debe procurar el saneamiento del medio, el control de la enfermedades transmisibles, la organización de los servicios médicos, y por primera vez, se habla de educación sanitaria estableciéndose que su objetivo es educar a la población para prevenir las enfermedades y promocionar su salud, considerándose que cualquier actividad en donde se suministrará información o conocimientos relativos al mantenimiento y promoción de la salud, de manera formal o informal era educación para la salud, en donde la acción educativa recaía íntegramente sobre el individuo, al que se le intentaba instruir sobre lo nocivo de ciertos comportamientos, con el objetivo de que

modificase su vida hacia hábitos más saludables y era proporcionada por personal sanitario. Quedando por fuera de este contexto todo conocimiento empírico en torno a la salud transmitido de generación en generación, a través de la familia y la sociedad. Si bien es cierto que, desde el desconocimiento, la superstición y las creencias, no se desprenden por lo general hábitos de estilos de vida saludables, también es igualmente cierto que a pesar de poseer muchos y profundos conocimientos, los individuos mantienen conductas de alto riesgo para la salud ⁽³⁹⁾.

Al primer periodo de educación para la salud, se la identifica como informativo prescriptivo, que implicaba un proceso de transmisión de información con una intención prescriptiva, en donde los profesionales de la salud eran los únicos poseedores de los conocimientos necesarios para el cuidado de la salud y los individuos debían estar dispuestos a aceptar y cumplir con precisión sus indicaciones ⁽²⁵⁾. Es decir, la acción de educar en salud era concebida como la transmisión de verdades absolutas y la difusión de saberes que la sociedad debería considerar hegemónicos; partiendo de la creencia de que el otro u otros eran ignorantes, y de que su realidad social, económica y política eran iguales, considerando así la homogeneidad de los grupos. Por tanto, se desarrollaba la misma actividad educativa para cualquier grupo, subvalorando la individualidad, así como las diferentes esferas del ser humano, confiando en que la información o en su caso el conocimiento de los factores que inciden en la génesis u origen de las enfermedades, sería elemento suficiente para que los individuos lograsen mantener un adecuado estado de salud. Desde esta perspectiva, los problemas de salud se resolverían, sin más, con una mayor difusión de los conocimientos ⁽³⁸⁾.

Durante varios años, la educación para la salud, se trabajó en esta transmisión de conocimientos, pero en el año de 1950 se crea la Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud como una asociación profesional independiente comprometida con el mejoramiento de la salud y bienestar de la población a través de la educación, organización que dedicó sus esfuerzos iniciales a proporcionar herramientas metodológicas a los proveedores de servicios de salud y a los educadores, quienes a pesar de su buena voluntad, en una praxis carente de fundamentos teórico – metodológicos, redujeron a la educación para la salud (EPS) al simple acto de informar sobre salud y enfermedad ⁽⁴⁰⁾.

Después de varios años surge el segundo periodo de la educación para la salud (EPS), período que se origina por tres aspectos fundamentales. El primero es que los resultados obtenidos de la EPS -medidos en indicadores de salud- no fueron los esperados. El segundo por el creciente desarrollo de las teorías pedagógicas; y por último debido al creciente interés de la medicina por la conducta y su resultado en la salud. Los elementos anteriores dieron la pauta para la modificación en el enfoque ideológico y metodológico, concibiendo así que la educación para la salud, deberá estar basada en el comportamiento del sujeto y su aplicación se establecerá a partir de intervenciones destinadas a facilitar tanto los cambios en la conducta así como las modificaciones en los estilos de vida; su objetivo es conseguir comportamientos

saludables proporcionando información como parte del proceso, pero no como el objetivo central de la misma, buscando que el sujeto tome conciencia de qué son los estilos de vida y cuál es su repercusión en la salud a corto, medio y largo plazo. Asociado a ello, se suma el cambio paradigmático en relación a la salud, desterrando el concepto de salud entendida como no enfermedad hacia un concepto más global que considera la salud como la globalidad dinámica de bienestar físico, psíquico y social que no consiste únicamente en la ausencia de enfermedad. Este cambio en el concepto negativo de la salud hacia una visión positiva refuerza que las acciones de educación para la salud deben ir dirigidas a fomentar estilos de vida sanos, y no solo incluir el enfoque preventivo que había prevalecido, sin embargo y a pesar de este cambio de enfoque el fin último es prevenir educando ⁽³⁷⁾.

3.8.2 Definición:

De acuerdo con la OMS, la educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad. Aborda no solamente la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud, además de incluir la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud; incluye también a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitaria ⁽⁴⁾.

La educación para la salud es un proceso de desarrollo del fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La educación para la salud incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo.

Hablar de educación para la salud supone tener un entendimiento de ambos componentes aisladamente para poder unirlos e incorporarlos a las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad desde una temprana edad; es decir optimizar los procesos donde la salud y el bienestar del individuo están en juego como parte de unas conductas aprendidas que impactan directamente en el organismo de la persona; de ahí la importancia de ver la educación para la salud como un proceso que debe adelantarse tempranamente en el individuo; en tal sentido se puede definir la educación para la salud como “un proceso de educación permanente que se inicia en los primeros años de la infancia hacia el conocimiento de sí mismo en todas sus dimensiones tanto individuales como sociales y también del ambiente que le rodea en su doble dimensión ecológica y social, con objeto de poder tener una vida sana y participar en la salud colectiva” ⁽⁴¹⁾.

Igualmente, Rogelía Perea 2001), considera que la principal finalidad de la educación para la salud es promover estilos de vida saludables con hábitos que no son consecuencia de una serie de conductas individuales, sino que están insertos en un contexto o entramado social, lo que significa que en términos de estrategias y objetivos de educación para la salud, las acciones debe ser dirigidas conjuntamente al individuo y a su contexto, pues no es posible hacer una modificación de la conducta individual, sino se promueven los cambios ambientales adecuados.

La educación para la salud designa “las ocasiones de aprendizaje deliberadamente puestas en marcha para facilitar los cambios de comportamiento en vista de alcanzar un objetivo determinado con anticipación”⁽⁴²⁾. Tal proceso ayuda a los individuos y a los grupos a tomar conciencia de los problemas que pueden constituir una amenaza a su calidad de vida y los incita a crear y a reivindicar condiciones favorables a su salud.

Además “la educación para la salud es un proceso planificado y sistemático de comunicación y de enseñanza aprendizaje orientado a hacer fácil la adquisición, elección y mantenimiento de las prácticas saludables y hacer difíciles las prácticas de riesgo”.⁽⁴³⁾.

En este contexto la Educación para la Salud es una estrategia fundamental para la promoción de la salud y específicamente para promover comportamientos y por ende estilos de vida saludables en la población. En un sentido amplio “La Educación para la Salud es toda actividad libremente elegida que participa en un aprendizaje de la salud o de la enfermedad, es decir, es un cambio relativamente permanente de las disposiciones o de las capacidades del sujeto. Una educación para la salud, eficaz, puede así producir cambios a nivel de los conocimientos, de la comprensión o de las maneras de pensar; puede influenciar o clarificar los valores; puede determinar cambios de actitudes y de creencias; puede facilitar la adquisición de competencias; incluso puede producir cambios de comportamientos o de modos de vida”.⁽⁴⁴⁾.

A partir de un análisis de los componentes de esta definición, se puede hacer una comprensión de las ventajas que presenta desde el punto de vista educativo:

La utilización de la palabra “combinación”, denota la importancia de la complementariedad de los métodos educativos ya que cada método se corresponde con objetivos de aprendizaje. Es la combinación de estos métodos lo que permitirá alcanzar el conjunto de los objetivos presentes en los proyectos educativos para la salud, reconociendo así la necesidad de atender el aprendizaje desde la perspectiva de la complejidad.

Al hablar de “experiencias de aprendizaje” se hace referencia a la necesidad de abordar la configuración del comportamiento desde la experimentación de diversas situaciones de aprendizaje. De este modo se hace posible la integración en la educación para la salud de los aspectos cognitivos (conocimientos), los afectivos (actitudes y valores), los psicomotores (habilidades personales) y los sociales (capacidades de relación), del comportamiento que se pretende poner en práctica.

La función de “facilitar” ya implica las características que ha de tener el papel del educador, considerando a este como un facilitador de los cambios voluntarios de comportamiento, es decir, entendiendo la naturaleza de la tarea educativa para la salud como una relación de ayuda y apoyo, no impositiva, y en la que el elemento fundamental de la relación educativa es el que aprende.⁽⁴⁵⁾

Considerar que los cambios de comportamiento que pretende lograr la educación para la salud han de ser “voluntarios” implica una percepción antropológica de que todo individuo posee un modo de vida propio que viene condicionado por su herencia, su desarrollo, su cultura y su entorno y que, por tanto, cada persona tiene su propia forma de comportarse, sus actitudes, sus valores, sus experiencias y sus conocimientos específicos. Pero, al mismo tiempo, supone una concepción de la educación para la salud como proceso facilitador de cambios en los estilos de vida de los sujetos, que éstos podrán asumir o no, sin ejercer ningún tipo de manipulación conductual sobre ellos.

Los “comportamientos saludables” que se pretende conseguir con los proyectos educativos para la salud son aquellos que nos permiten mejorar nuestro estado de salud. Con ello se alude no sólo al resultado de las actividades educativas sino también a la influencia de las acciones emanantes de diversas instancias sobre la salud, esto es, sobre las condiciones de vida, ambientales o de servicios prestados a la población.

3.8.3 Educación para la Salud desde Diferentes Ámbitos:

La educación para la salud que también incluye el componente de comunicación puede orientarse desde cuatro tipologías de actividades; ellas son individuales, grupales, de producción y de movilización social en salud; así se describe cada una de ellas en la Ruta de Educación y Comunicación para la Salud⁽⁴⁶⁾.

3.8.3.1 La Educación y Comunicación para la Salud Individual:

Este tipo de actividad, es evidente que implica un encuentro presencial o virtual entre una persona que orienta, que facilita el aprendizaje y otra que aprende. La primera, generalmente es un profesional, técnico, promotor o agente de salud con formación; mientras que la persona que aprende puede ser, una sola persona o dos. Dentro de este tipo educación y comunicación para la salud individual, se puede

incluir la consejería, pues esta es en esencia una acción que busca que las personas tomen decisiones libres, informadas y responsables, a partir de una toma de conciencia de su situación y del reconocimiento de las ventajas y desventajas de las opciones que tiene cuando está optando por una de ellas.

El propósito principal que tiene este tipo de actividad, es el de crear las condiciones de aprendizaje para que la(s) persona(s) logren empoderarse; es decir que ellas desarrollen la capacidad para pensar, sentir y actuar como ciudadanos en salud.

La educación y comunicación para la salud (ECpS) individual es una de las acciones que se desarrolla con más frecuencia en el sector salud, especialmente en los servicios de prevención secundaria y terciaria de la enfermedad. Pero muy pocas veces sometida a reflexión, análisis, estudio y evaluación, porque al parecer es una actividad que casi todos saben hacer.

3.8.3.2 La Educación y Comunicación para la Salud Grupal:

Es el encuentro para el aprendizaje que se da generalmente entre un facilitador y un grupo de personas que tienen una característica común, las personas que les interesa aprender sobre un asunto de salud en particular, entre otras. Este es otro de los tipos de ECpS que se realiza con bastante frecuencia en el sector salud, así como en otros escenarios. Al parecer se tiene una alta expectativa sobre los efectos que puede tener la ECpS grupal en los comportamientos de las personas, por esta razón es que se divulga tanto su uso; sin embargo, surge la duda en torno a su efectividad y a la forma como debe realizarse.

3.8.3.3 Producción de Materiales de ECpS:

Incluye la realización de materiales de educación y comunicación, que tengan como propósito la salud integral de las personas. El proceso de producción va desde el momento que surge la idea hasta cuando se pone en juego o usa el material y se evalúa su efectividad. Es un proceso que está impregnado de imaginación, creatividad, diversidad, entre otros.

3.8.3.4 La Educación y Comunicación para la Movilización Social en Salud:

Este tipo de acción busca principalmente que las personas en su ejercicio ciudadano, sean partícipes del desarrollo comunitario, la modificación de normas sociales y el trabajo cooperativo en redes y alianzas; además pretende lograr el desarrollo de estrategias intersectoriales, modificaciones organizativas de los servicios y puesta en marcha de medidas legislativas, económicas y/o técnico-administrativas. Es decir, que va más allá de la tarea de convocar a las personas o de realizar actividades masivas.⁽⁴⁶⁾

3.8.4 Comunicación y Educación para la Salud:

En el campo de la salud las acciones de educación y comunicación empezaron a desarrollarse con la promoción de la salud, tal es así que la Carta de Ottawa establecía que los medios de comunicación son actores claves y están implicados poderosamente para la promoción de la salud.

En la Declaración de Yakarta sobre promoción de la salud en el siglo XXI, adoptada en la IV Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, celebrada en julio de 1997, se indica que la capacidad de las comunidades para la promoción de la salud requiere educación práctica, acceso a los medios de información, a la comunicación tradicional y las nuevas tecnologías de comunicación.

La comunicación, la educación y la salud coinciden y se encuentran en la persona humana, la comunicación favoreciendo el desarrollo de comportamientos y estilos de vida saludables a través de los medios de comunicación y la comunicación interpersonal; la educación activando sus capacidades para el desarrollo de las mismas y su ejercicio en la vida social, productiva, reproductiva, política, creativa, cultural, etc.; y la salud creando las condiciones físicas, mentales, sociales y ambientales para que esa persona pueda serlo y actuar como tal. ⁽⁴⁵⁾.

“La comunicación y educación se vuelven, cada vez más, un binomio inseparable, por encima mismo de los propios medios, técnicas e instrumentos comunicativos empleados” ⁽⁴⁷⁾, y esto fortalece, enriquece y modifica, en forma consciente e informada, conocimientos, actitudes y/o comportamientos a favor de la salud.

El abordaje de la comunicación y educación como una alianza estratégica tanto para la educación formal y no formal es una real necesidad. La intersección de ambas ciencias a decir de J. M. Pérez Tornero, se nutre de fuentes bien consolidadas: “Viene configurado, en primer lugar, por un saber teórico que procede de las ciencias de la comunicación aplicadas a los media y a la educación. Bebe, también de las fuentes de la pedagogía y la didáctica, que son disciplinas capaces de explicar y comprender los procesos de aprendizaje y de instrucción que se dan tanto en circunstancias formales, como en informales”. ⁽⁴⁸⁾.

En este contexto se apertura esta corriente de la comunicación educativa para ser desarrollada e instrumentada en aras de promover salud y coadyuvar al desarrollo de la sociedad.

3.9 CONDUCTAS Y COMPORTAMIENTOS:

3.9.1 Autocuidado:

Entendido como la capacidad de decidir, de optar, de elegir, no únicamente como actos de la razón, o como tareas o deberes derivados de los roles funcionales o

desencadenados por las instituciones de salud, sino también como actos que atraviesan la corporalidad.

Para Max- Neef (2007) las necesidades humanas se pueden desagregar en: Categorías existenciales: Ser, tener, hacer y estar. Segundo en categorías axiológicas referidas a las necesidades de subsistencia tales como: Protección, afecto, entendimiento, participación, recreación, identidad y libertad. Los satisfactores de estas necesidades deben reconocerse y diferenciarse de las propias necesidades.

Uno de los aspectos que define una cultura son sus satisfactores, siendo estas necesidades vistas desde tres contextos: En relación con la persona misma, en relación con el grupo social y en relación con el medio ambiente.

El auto cuidado parte entonces, de una racionalidad y de una subjetividad que atraviesa diversas esferas del ser humano. No desconoce la compleja historia de vida que acompaña a cada persona a través de la cual ha socializado sus afectos, desafectos, intereses, opciones dentro de relaciones en donde el conflicto y la contradicción hacen parte de la cotidianeidad de la vida en que ella transcurre.

Lograr impactar sobre el estilo de vida, implica la toma de conciencia de las personas sobre el compromiso y responsabilidad que se tiene en el cuidado de su propia salud, permitiendo el desbloqueo de nuestras corazas corporales, depresión, neurosis, malos hábitos alimentarios que afectan la salud de los escolares y el desarrollo de nuestro potencial como seres humanos. ⁽⁴⁹⁾.

3.9.2 Estilos de Vida:

Desde una perspectiva integral, es necesario considerar los estilos de vida como parte de una dimensión colectiva y social, que comprende tres aspectos interrelacionados: el material, el social y el ideológico (Bibeau y Col 1995).

- En lo material, el estilo de vida se caracteriza por manifestaciones de la cultura material: vivienda, alimentación, vestido.
- En lo social, según las formas y estructuras organizativas: tipo de familia, grupos de parentesco, redes sociales de apoyo y sistemas de soporte como las instituciones y asociaciones.
- En el plano ideológico, los estilos de vida se expresan a través de las ideas, valores y creencias que determinan las respuestas o comportamientos a los distintos sucesos de la vida.

Desde esta perspectiva integral, los estilos de vida no pueden ser aislados del contexto social, económico, político y cultural al cual pertenecen y deben ser acordes a los objetivos del proceso de desarrollo que como fue expuesto es dignificar la persona humana en la sociedad a través de mejores condiciones de

vida y de bienestar. Los estilos de vida se han identificado principalmente con la salud en un plano biológico, pero no la salud como bienestar biopsicosocial espiritual y como componente de la calidad de vida. En este sentido se definen como Estilos de Vida Saludables. ⁽⁴⁹⁾.

En este orden de ideas los estilos de vida saludables son definidos como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida. Los estilos de vida son determinados de la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social. En esta forma podemos elaborar un listado de estilos de vida saludables o comportamientos saludables o factores protectores de la calidad de vida como prefiero llamarlos, que al asumirlos responsablemente ayudan a prevenir desajustes biopsicosociales - espirituales y mantener el bienestar para generar calidad de vida, satisfacción de necesidades y desarrollo humano. (Organización Mundial de la Salud. Nuevos Métodos de Educación Sanitaria en Atención Primaria de Salud: Informe de un Comité de Expertos de la OMS.2008.) ⁽⁵⁰⁾.

La teoría anglosajona, de donde proviene el concepto estilo de vida (life styles), considera que dicho concepto esta acuñado en una perspectiva teórica netamente individual. La crítica a esta postura teórica derivo, entre otras a la formulación de propuestas alternativas tales como los modelos ecológicos en salud, modelos que centran la atención en los factores ambientales individuales y sociales antes que los objetivos de las intervenciones de promoción de la salud, se trata de la importancia de las intervenciones dirigidas a modificar interpersonal, organizacional, comunitario y las políticas públicas, los factores que apoyan y mantienen conductas no saludables. El modelo asume que los cambios adecuados en el entorno social producen cambios en las personas, y que el apoyo de individuos de la población es esencial para la implementación de los cambios ambientales. ⁽⁵¹⁾.

Algunos de estos factores protectores o estilos de vida saludables podrían ser:

- Tener sentido de vida, objetivos de vida y plan de acción.
- Mantener la autoestima, el sentido de pertenencia y la identidad.
- Mantener la autodecisión, la autogestión y el deseo de aprender.
- Brindar afecto y mantener la integración social y familiar.
- Tener satisfacción con la vida.
- Promover la convivencia, solidaridad, tolerancia y negociación.
- Capacidad de autocuidado.
- Seguridad social en salud y control de factores de riesgo como obesidad, vida sedentaria, tabaquismo, alcoholismo, abuso de medicamentos, estrés, y algunas patologías como hipertensión y diabetes.

- Ocupación de tiempo libre y disfrute del ocio.
- Comunicación y participación a nivel familiar y social.
- Accesibilidad a programas de bienestar, salud, educación, culturales, recreativos, entre otros.
- Seguridad económica.

La estrategia para desarrollar estos estilos de vida saludables es en un solo término el compromiso individual y social convencido de que sólo así se satisfacen necesidades fundamentales, se mejora la calidad de vida y se alcanza el desarrollo humano en términos de la dignidad de la persona. ⁽⁵²⁾.

3.9.3 Estilos de Vida Saludables:

Costa M. y López (2008) señalan que: Los estilos de vida han sido considerados como factores determinantes y condicionantes del estado de salud de un individuo. La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, considera los estilos de vida saludables como componentes importantes de intervención para promover la salud. "La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana, en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud."⁽⁴⁹⁾.

La promoción de la salud, se refiere principalmente al desarrollo de los patrones de vida sanos y como lo describió Sigerest (1995) la salud se promueve dando un nivel de vida adecuado, buenas condiciones de trabajo, educación, actividad física y mecanismos para el descanso y la recreación.

Los estilos de vida que se adquieren, están condicionados a través de experiencias de aprendizaje, las cuales se adaptan, se adquieren o modifican de acuerdo a los comportamientos deseados. En este sentido a través de la enseñanza se producen cambios favorables en el comportamiento del que aprende. El saber se obtiene con el conocimiento, lo que le da la opción de desarrollar su personalidad que es el saber ser; siendo para esto necesario que la persona que aprende, además comprenda, analice, reflexione y adquiera competencias o habilidades prácticas (saber hacer).

El proceso educativo se propone afectar el comportamiento; entendido éste como la manera en que actuamos frente a un estímulo o situación determinada, el cual se deriva de la herencia, la educación familiar y escolar, las relaciones humanas, la situación socioeconómica y nivel intelectual. También tiene que ver con nuestro sentir, pensar, y nuestras creencias.

Desde otro punto de vista; los estilos de vida son influenciados por factores de riesgo y/o de factores protectores, por lo cual deben ser vistos como un proceso

dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social.

Se definen como los procesos sociales, tradiciones, hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida.

Se puede elaborar un listado de estilos de vida saludables o comportamientos saludables o factores protectores de la calidad de vida como se prefiera llamarlos, que al asumirlos responsablemente ayudan a prevenir desajustes biopsicosociales, espirituales y mantener el bienestar para generar calidad de vida, satisfacción de necesidades y desarrollo humano. ⁽⁵³⁾.

3.9.4 Hábito Saludable:

Para el estudio se tomará la definición de hábito saludable de la Organización Mundial de la Salud OMS, el cual parte de la definición de salud, así: La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social”, lo que supone que este concepto va más allá de la existencia o no de una u otra enfermedad. En consecuencia, más que de una vida sana hay que hablar de un estilo de vida saludable del que forman parte la alimentación, el ejercicio físico, la prevención de la salud, el trabajo, la relación con el medio ambiente y la actividad social. ⁽⁵⁴⁾.

Desde esta perspectiva se puede determinar que los hábitos necesarios para llevar una vida saludable son los siguientes: dieta equilibrada, ejercicio físico, higiene, equilibrio mental, prevención de hábitos tóxicos como consumo de sustancias psicoactivas, y actividad social, como comportamientos que llevan a una vida sana y saludable.

Los hábitos saludables están relacionados con el comportamiento humano y con la esencia del ser, y por ende de su actuar, por lo que permite en cada individuo el logro de hábitos y estilos de vida saludables.

De lo anterior se conceptúa que hábito saludable es aquel comportamiento repetitivo en el que el individuo prefiere asumir como factor protector para el logro de su salud y evitar el factor de riesgo.

4. ESTADO DEL ARTE

Para justificar de una manera más coherente el planteamiento del problema del presente estudio, es importante citar estudios evaluativos recientes, relacionados con la promoción de la salud, entre ellos se destaca:

“Diseño, implementación y evaluación de un programa de educación para la salud con personas mayores”⁽⁵⁵⁾ es un estudio desarrollado en el año 2007 donde a través de una mirada crítica, Pino, Ricoy y Portela presentan una evaluación con enfoque mixto, y un estudio de casos múltiples que permitió concluir que la implementación del programa de educación impactó significativamente la calidad de vida de los adultos con los que se trabajó; de igual forma el estudio permitió establecer que las personas mayores tienen arraigadas prácticas malsanas y aunque son conscientes de los riesgos, presentan reticencia para asumir nuevos hábitos de salud aunque les favorezcan. Un aspecto importante a resaltar del estudio, fue la forma positiva como fue recibido el programa por parte de los adultos mayores que participaron del estudio, pues la interacción en grupo y la posibilidad de intercambiar ideas con respecto a sus estilos de vida, les dio el espacio para hablar de sus necesidades de socialización y cómo esta necesidad es cohibida desde el hogar donde por su edad, manifiestan, que no son tenidos en cuenta por parte de sus familiares y/o cuidadores; este último hallazgo habla de la salud mental y bienestar que requiere tener un paciente crónico como parte de su proceso, en el manejo de la enfermedad.

“Percepción de las actividades de educación para la salud en un grupo de personas que asisten a programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad cardiovascular Bogotá, D.C. noviembre a diciembre de 2009 de la autora Carolina Huertas Pedraza”.⁽⁵⁶⁾ El estudio surgió de la necesidad de la investigadora por plantear desde “otras perspectivas”; las de los individuos objetos de las acciones; de los programas de educación para el cuidado de la salud cardiovascular, cuales son en general la o las motivaciones hacia el inicio de cambios de hábitos que les permitan mantener y propiciar niveles óptimos para su salud cardiovascular, así como determinar si el proceso que se realiza para ello desde este tipo de actividades en el rol que corresponde al cuidado de enfermería, es acorde a las expectativas y necesidades de los individuos o comunidades objeto de ello y conocer cuánto la tradición, el contexto y los conocimientos influyen en la asunción y responsabilidad del comportamiento y control de las acciones encaminadas al cuidado de la salud.

Otro estudio evaluativo importante a destacar, corresponde al artículo: “el diseño metodológico de las investigaciones evaluativas relacionadas con la calidad en salud”⁽⁵⁷⁾. El cual hace referencia a una revisión bibliográfica de los conceptos de calidad y evaluación de la calidad de la atención médica o calidad en salud. Se constata la diversidad de conceptos según diferentes autores, pero el más aceptado es del modelo de Avedis Donabedian que en 1986 expuso los resultados de su investigación que se ha convertido en un paradigma, al crear los componentes de

la calidad: estructura, proceso y resultados, y es la metodología que actualmente establece la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba (ENSAP). Después de abordar los elementos teóricos e históricos del tema se señalan las dificultades detectadas en investigaciones realizadas en Santiago de Cuba y se emiten algunas recomendaciones metodológicas al respecto, para mejorar los resultados reales del informe final de dichas investigaciones.

Entre los estudios evaluativos más recientes relacionados con la educación para la salud en pacientes hipertensos y diabéticos se encuentra el artículo científico: “hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2: impacto educativo en la calidad de vida de los pacientes” ⁽⁵⁸⁾ cuyo objetivo fue evaluar el impacto educativo en pacientes de consulta externa del servicio de medicina interna del Hospital Central del Instituto Venezolano de Seguro Social (IVSS) “Dr. Miguel Pérez Carreño”, durante el periodo comprendido entre enero a octubre del 2017 con Diabetes Mellitus tipo 2 (DMT2) e Hipertensión arterial (HTA), y su efecto en la calidad de vida. En el presente estudio participaron 314 pacientes, distribuidos en un grupo estudio (n = 160) y grupo control (n = 154). Sin diferencias en edad ($p = 0,491$) y sexo ($p = 0,747$). En la calidad de vida de pacientes DM entre pre y post charla, en cada grupo, sin diferencias entre grupos en pre-charla ($p = 0,869$), pero sí en post-charla ($p = 0,001$), siendo calidad de vida más alta en el grupo estudio (98,2%) que en grupo control (76,9%). Al evaluar los cambios entre pre y post charla, se observó que pre charla en el grupo estudio tuvo 86% de alta calidad de vida, posterior aumentó a 98,2%, cambio estadístico ($p = 0,008$), en grupo control en cambio, la calidad de vida pre charla fue 87% pasó a 76,9% posterior a ésta, aun así, fue un cambio significativo ($p = 0,025$) La calidad de vida en HTA, sin diferencias en pre y post charla. La comparación entre pre charla y post charla, en el grupo estudio, no tuvo cambios ($p = 0,157$) como igualmente en el grupo control ($p = 0,317$). Del presente estudio se demostró el impacto positivo de un plan educativo en calidad de vida de los pacientes con diabetes, mas no en pacientes hipertensos; por tal razón, se puede concluir que la educación en salud para éste tipo de pacientes es vital para mejorar su calidad de vida.

Otro estudio evaluativo fundamental a destacar, corresponde al artículo: “Educación en salud para promover autocuidado en personas con Diabetes tipo 2 durante su hospitalización” ⁽⁵⁹⁾; cuyo objetivo fue evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes hospitalizados de una IPS de tercer nivel con Diabetes tipo 2 antes y después de una intervención de en salud. Estudio prospectivo, cuasi experimental pre-test, post test con un solo grupo poblacional de 76 pacientes; se empleó la escala de valoración de agencia de autocuidado (ASA) con un alfa de CronBach de 0,74 para la medición de autocuidado; se diseñó un video como intervención de educación en salud para promover el autocuidado; obteniendo como resultado antes de la intervención, el 87,3% de la población de estudio presentó baja capacidad de agencia de autocuidado. Sin embargo, este porcentaje se redujo a 45,9% después de la intervención; por lo tanto, del presente estudio se pudo concluir que la educación en salud durante la hospitalización de pacientes con

diabetes tipo 2, genera cambios positivos en su autocuidado, por cuanto incentiva estilos de vida saludables y estimula a los profesionales en salud a brindar un cuidado de estos pacientes con un enfoque en educación en salud.

Otro estudio en traer a colación es “Intervención educativa sobre hipertensión arterial en pacientes geriátricos” ⁽⁶⁰⁾ puesto que, la hipertensión arterial (HTA) constituye el primer factor de riesgo cardiovascular en pacientes geriátricos. El objetivo del presente estudio fue elevar el nivel de conocimientos sobre hipertensión arterial en un grupo de pacientes geriátricos; por esta razón, se realizó un estudio de intervención educativa con diseño cuantitativo del local # 40 del Policlínico Joaquín de Agüero y Agüero de Camagüey - Cuba entre noviembre 2005 y mayo de 2007. El universo de trabajo estuvo por 70 adultos mayores dispensarizados, la muestra quedó formada por 55 de ellos, a los que se les aplicó una encuesta inicial para identificar las necesidades de aprendizaje sobre hipertensión arterial; dando como resultado que al inicio el nivel de conocimientos era regular en el 49,1% de los pacientes y mal en el 43,3 %, se lograron revertir estos resultados para el segundo corte, donde el 89.1% alcanza la calificación de bien en la evaluación cualitativa. Inicialmente fueron identificados errores conceptuales y desconocimiento en varios aspectos. Para el segundo corte todos estos aspectos fueron mejorados, más del 80% de los adultos mayores respondió correctamente; para tal efecto, se evidenció la utilidad de las intervenciones educativas en aras de incrementar los conocimientos de los adultos mayores en relación al tratamiento no farmacológico de la HTA.

Finalmente, para dar por terminado el estado del arte, respecto la educación en salud y al enfoque investigativo del presente estudio; es importante tener en cuenta el artículo científico: “Estrategia educativa sobre hipertensión arterial para adultos mayores de un consultorio del Policlínico Previsora” ⁽⁶¹⁾ Se realizó un estudio de intervención educativa cuasi-experimental para incrementar el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial de adultos mayores de un consultorio del Policlínico Universitario Previsora, Camagüey, de febrero de 2009 a febrero de 2010. El universo fue de 82 pacientes y la muestra quedó conformada por 38 personas a las que se aplicó una encuesta para identificar las necesidades de aprendizaje sobre la enfermedad. Posteriormente se empleó un programa instructivo a partir de técnicas participativas. Transcurridos 90 días se aplicó una segunda encuesta para verificar la eficacia de la intervención y se constató un aumento de las respuestas correctas en los factores de riesgo y tratamiento. Al final del estudio la mayor parte de los participantes fueron evaluados de bien, lo que ratifica la utilidad y eficacia de la intervención de la educación en salud.

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 Enfoque Metodológico: Cuantitativo.

El enfoque cuantitativo usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento y probar teorías” ⁽⁶²⁾; para el desarrollo de ésta investigación y a través de la recolección y sistematización de la información que se solicitará a los pacientes tratados por hipertensión y diabetes mellitus, que hacen parte del programa de pacientes crónicos y que fueron atendidos por el personal de enfermería de la E.S.E. Centro de Salud Cuaspud Carlosama durante el periodo 2019 – 2020, es posible caracterizar y describir al grupo a partir de la definición de unas variables que explique, si existe o no un efecto en sus hábitos y estilo de vida luego de hacer parte del programa de educación para pacientes crónicos; en ese orden de ideas, la investigación y sus objetivos se enmarcan en el enfoque cuantitativo debido a que el problema a abordar es observable, cuantificable y permite establecer una relación entre variables.

5.2 Tipo de Diseño de Estudio

Empírico – Analítico: es un método de observación utilizado para profundizar en el estudio de los fenómenos, pudiendo establecer leyes generales a partir de la conexión que existe entre la causa y el efecto en un contexto determinado. ⁽⁶³⁾. Por otro particular, las investigaciones que se desarrollan desde este enfoque buscan conocer de manera objetiva, externa y fáctica de los hechos de la realidad; sus causas, efectos, síntomas, problemas, manifestaciones. ⁽⁶⁴⁾. Por tal razón, el presente proyecto de investigación diseñado desde el enfoque empírico analítico da importancia a la medición, a la muestra y a la representatividad.

Ex – Post – Facto: utilizan una metodología de investigación empírico – analítica, en donde el investigador no tiene ningún control sobre las variables independientes, ya sea porque el fenómeno estudiado ya ha ocurrido o porque no es posible controlar las variables independientes. Las metodologías ex post facto son las más utilizadas en el ámbito social, proporcionan técnicas para describir la realidad, analizar relaciones, categorizar, simplificar y organizar las variables que configuran el objeto de estudio. Permite observar que ciertos hechos han ocurrido y buscan en el pasado cuales factores los hayan podido ocasionar. ⁽⁶⁵⁾.

Por otro particular; la expresión “ex-post-facto” significa “después de hecho”, haciendo alusión a que primero se produce el hecho y después se analizan las posibles causas y consecuencias, por lo que se trata de un tipo de investigación en donde no se modifica el fenómeno o situación objeto de análisis (Bernardo, J. y Caldero, J.F., 2000) ⁽⁶⁶⁾. Entre los estudios de metodología ex post facto se encuentran los estudios descriptivos, comparativas causales, de desarrollo y

correlacionales. Los estudios correlacionales comprenden aquellos estudios en los que estamos interesados en descubrir o aclarar las relaciones existentes entre las variables más significativas, mediante el uso de los coeficientes de correlación. Estos coeficientes de correlación, son indicadores matemáticos que aportan información sobre el grado, intensidad y dirección de la relación entre variables. ⁽⁶⁶⁾.

Cabe mencionar que las variables a correlacionar que se tuvieron en cuenta en el presente estudio fueron las sociodemográficas (sexo, régimen de salud, zona de residencia, nivel de escolaridad, estado civil y ocupación) frente a las de respuesta (índices en conocimientos, actitudes y prácticas CAP en estilos y hábitos de vida saludables, conocimientos, actitudes y prácticas CAP en hipertensión arterial, conocimientos, actitudes y prácticas CAP en diabetes mellitus) entre pacientes regulares e irregulares.

5.3 Población:

Pacientes diagnosticados con hipertensión y diabetes mellitus que hacen parte del programa de pacientes crónicos de la E.S.E. Centro de Salud Cuaspud Carlosama. Cabe mencionar que el programa contó con 101 usuarios; de los cuales para el presente proyecto se tuvieron en cuenta 26 que asistieron regularmente a las sesiones educativas y 26 que no asistieron a las mismas, cuyo objetivo fue realizar un comparativo entre las dos poblaciones. De los 75 usuarios que no asistieron regularmente a las sesiones de educación en salud, se tomaron en cuenta los 26 de forma aleatoria o en consenso voluntario.

5.4 Muestra:

Dado el número de población fue necesario aplicar un muestreo aleatorio simple.

5.5 Variables de Estudio:

Variables sociodemográficas (sexo, régimen de salud, zona de residencia, nivel de escolaridad, estado civil y ocupación).

Variables de respuesta y/o clasificación (índices en conocimientos, actitudes y prácticas CAP en estilos y hábitos de vida saludables, conocimientos, actitudes y prácticas CAP en hipertensión arterial, conocimientos, actitudes y prácticas CAP en diabetes mellitus)

5.6 Fuentes de Información:

- **Primarias:** Encuesta dirigida a pacientes, y a facilitadores.
- **Secundarias:** Base de datos de pacientes crónicos; revisión bibliográfica.

5.7 Técnicas de Recolección:

Encuesta: esta técnica permite la recolección de información acerca de características socioeconómicas y de los conocimientos y prácticas de autocuidado y adquisición de estilos y hábitos de vida saludables de la población a estudiar; como también contiene parámetros para evaluar la estructura del programa educativo. Por esta razón, para el presente estudio se elaboraron dos encuestas; la una dirigida a los integrantes del programa de hipertensos y diabéticos, y la otra al personal responsable del programa en mención, una vez firmado el consentimiento informado.

Base de Datos de pacientes crónicos: para el presente estudio se tuvo en cuenta datos de las vigencias 2019 – 2020 con respecto a las condiciones de salud de los pacientes atendidos en el programa.

5.8 Diseño del Instrumento:

El diseño del instrumento de la presente investigación se basó en una encuesta valorativa dirigida hacia la población de estudio, la cual consta de tres parámetros elementales enfocados en la importancia de la educación para la salud. En primer lugar, dicho instrumento consta de unos datos generales, entre los cuales se destacan: edad, sexo, procedencia, estado civil, nivel de escolaridad, valores de peso, talla, presión arterial y glicemia del último control médico, entre otros. La segunda parte contiene preguntas relacionadas con la metodología educativa que se lleva a cabo por parte de los profesionales de enfermería en el momento de educar al usuario. Finalmente, la tercera parte del respectivo instrumento consta de una serie de preguntas relacionadas directamente con el punto álgido de la presente investigación como lo es la adquisición de conocimientos y prácticas de estilos y hábitos de vida saludables. Cabe mencionar que para dicha validación del presente instrumento se tuvo en cuenta la elaboración de una prueba piloto, previa revisión y aprobación de asesora y docentes expertos de la Maestría en Salud Pública de la Universidad de Nariño.

Con respecto a la encuesta relacionada con la evaluación del programa; ésta consta de dos parámetros: la primera parte se centra en datos generales, mientras que la segunda se enfoca en la metodología educativa, la cual contiene parámetros enfocados a la adquisición de hábitos y estilos de vida saludables.

5.9 Recolección de Información:

La recolección de la información la efectuó el investigador, con el fin de evitar sesgos en la investigación, realizando la respectiva encuesta a cada uno de los pacientes hipertensos y diabéticos y a la enfermera coordinadora del programa; por otra parte, se dio a conocer los objetivos de la investigación y el consentimiento informado para la respectiva aplicación del instrumento en mención.

5.10 Plan de Análisis:

Una vez recolectada la información se procedió a codificarla y sistematizarla en una base de datos de Excel compatible con SPSS, que es el programa estadístico para el procesamiento y análisis de datos. La información será presentada gráficamente con tablas y gráficos según el caso y para dar profundidad al análisis de datos se buscó establecer el grado de asociación entre las variables independientes y dependientes. Entre las pruebas estadísticas se tuvieron en cuenta: Prueba Kolmogorov-Smirnov, Shapiro-Wilk, Prueba de Levene, Prueba paramétrica t de Student, Prueba no paramétrica U de Mann Whitney, el d de Cohen y el Modelo Lineal Generalizado (MLG).

5.11 Consideraciones Éticas:

Según la Resolución 8430 del Ministerio de Salud que establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, se considera esta una investigación sin riesgo, porque se emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, se trata de aplicar un instrumento.

En la presente investigación tiene en cuenta los siguientes principios éticos:

Principio de Respeto a la Autonomía: es aquel en el cual se incluye el derecho a la autodeterminación, donde los sujetos deciden el fin de su participación, rehusarse a dar información o solicitar aclaración sobre el propósito del estudio; y el derecho a la información completa en la cual la persona tiene derecho a tomar decisiones en forma voluntaria con información sobre su participación en el estudio, para lo cual se utilizará el consentimiento informado a cada integrante del club de hipertensos y diabéticos.

Principio de Beneficencia: se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño. Este principio da lugar a pautas que establecen que los riesgos de la investigación sean razonables a la luz de los beneficios esperados, que el diseño de la investigación sea válido y que los investigadores sean competentes para conducir la investigación y para proteger el bienestar de los sujetos de investigación. Además, la beneficencia prohíbe causar daño deliberado a las personas; este aspecto de la beneficencia a veces se expresa como un principio separado, no maleficencia.

Principio de Justicia: se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado, dar a cada uno lo debido. En la ética de la investigación en seres humanos el principio se refiere,

especialmente, a la justicia distributiva, que establece la distribución equitativa de cargas y beneficios al participar en investigación.

6. RESULTADOS Y ANÁLISIS

6.1 Desarrollo del Objetivo 1:

Describir la estructura y el proceso del programa educativo para pacientes crónicos con hipertensión y diabetes mellitus impartido por el personal de enfermería de la E.S.E. Centro de Salud Cuaspud Carlosama.

El programa educativo de la ESE Cuaspud Carlosama, dirigido a los integrantes del club de hipertensos y diabéticos cuenta con una trayectoria de más de 4 años; según fuentes y registros encontrados en la coordinación general del programa, se encuentran evidencias educativas desde el año 2016. Cabe aclarar que desde la vigencia 2019 hasta la del 2020, la cual comprende el presente estudio de investigación, el programa se encuentra conformado por un médico y una auxiliar de enfermería; quienes son los directamente responsables del programa, entre sus quehaceres se destacan las consultas permanentes, controles de peso, presión arterial, glicemias, visitas domiciliarias y el manejo continuo de los pacientes. También cuenta con el apoyo de una enfermera profesional y cuatro promotoras de salud rurales, quienes realizan actividades de seguimiento y acciones de promoción y prevención de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles.

Actualmente el programa se rige por las RIAS (Rutas Integrales de Atención en Salud); específicamente por la resolución 3280 de agosto del 2018. Por otra parte, el programa desde la vigencia 2016 cuenta con unas sesiones educativas mensuales en donde el coordinador médico, la enfermera profesional, la auxiliar de enfermería y las promotoras de salud rural mediante un cronograma establecido por la coordinación, de manera mensual dictan charlas lúdicas y educativas a los integrantes del club de hipertensos y diabéticos básicamente en 4 ejes: ejercicio – actividad física, alimentación sana, control oportuno de medicamentos y manejo del estrés y la depresión. Cabe mencionar que según los cronogramas y registros suministrados por la coordinación durante las vigencias 2016 al 2019 se puede evidenciar que un 40% de los integrantes, asistieron a las sesiones educativas; observando que para la vigencia 2020 se redujo este porcentaje en los primeros meses debido a la pandemia ocasionada por el Covid – 19.

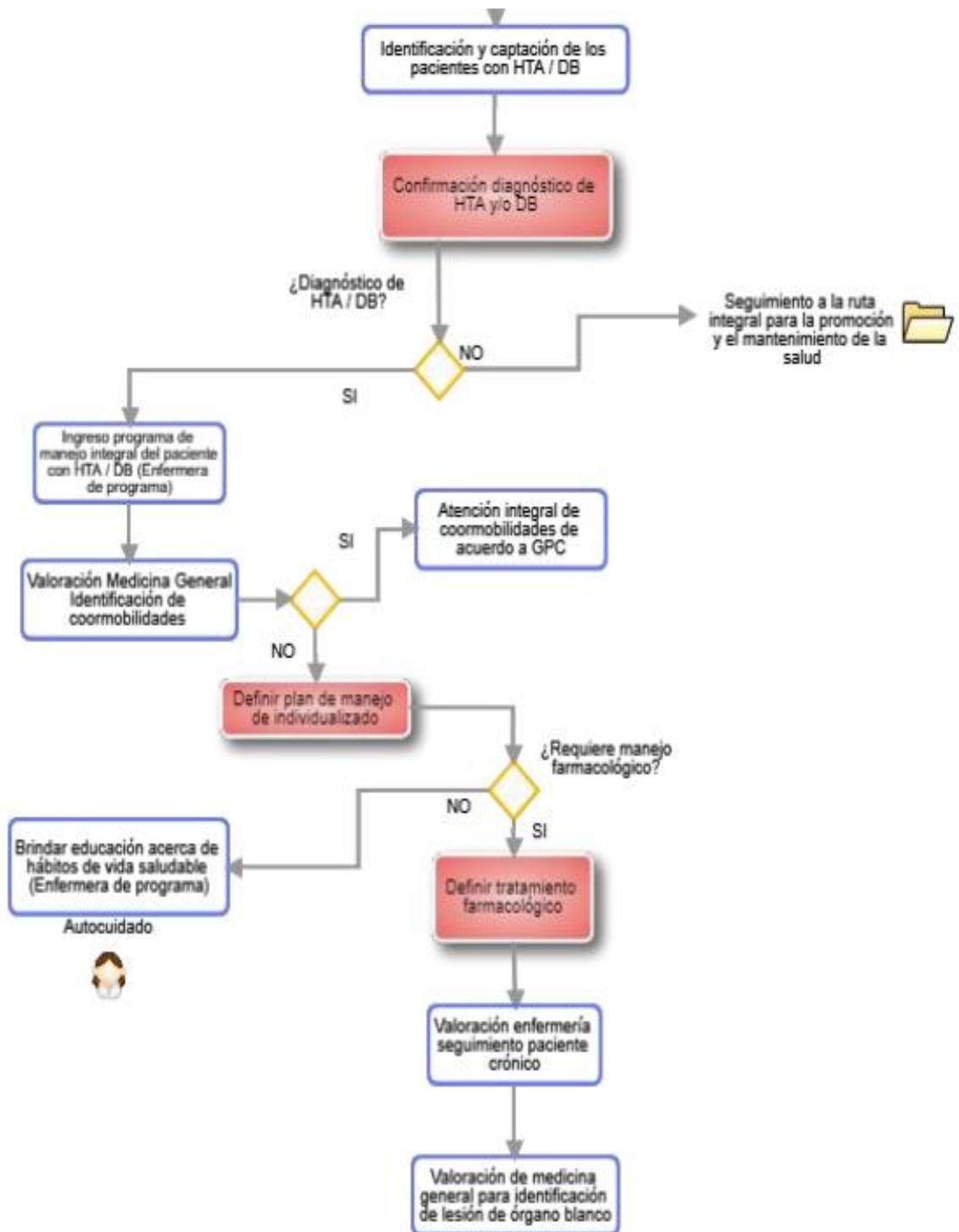
Por otra parte, es fundamental mencionar que hoy en día es insuficiente el abordaje del proceso salud – enfermedad desde el campo de la medicina y las ciencias biológicas únicamente, pues está plenamente demostrado el impacto que, sobre la salud, tienen las acciones de promoción y prevención asumidas como un quehacer interdisciplinario. Y es aquí donde la Educación para la Salud, está llamada a generar procesos educativos donde el individuo desarrolle su propio potencial humano y adopte una actitud saludable.

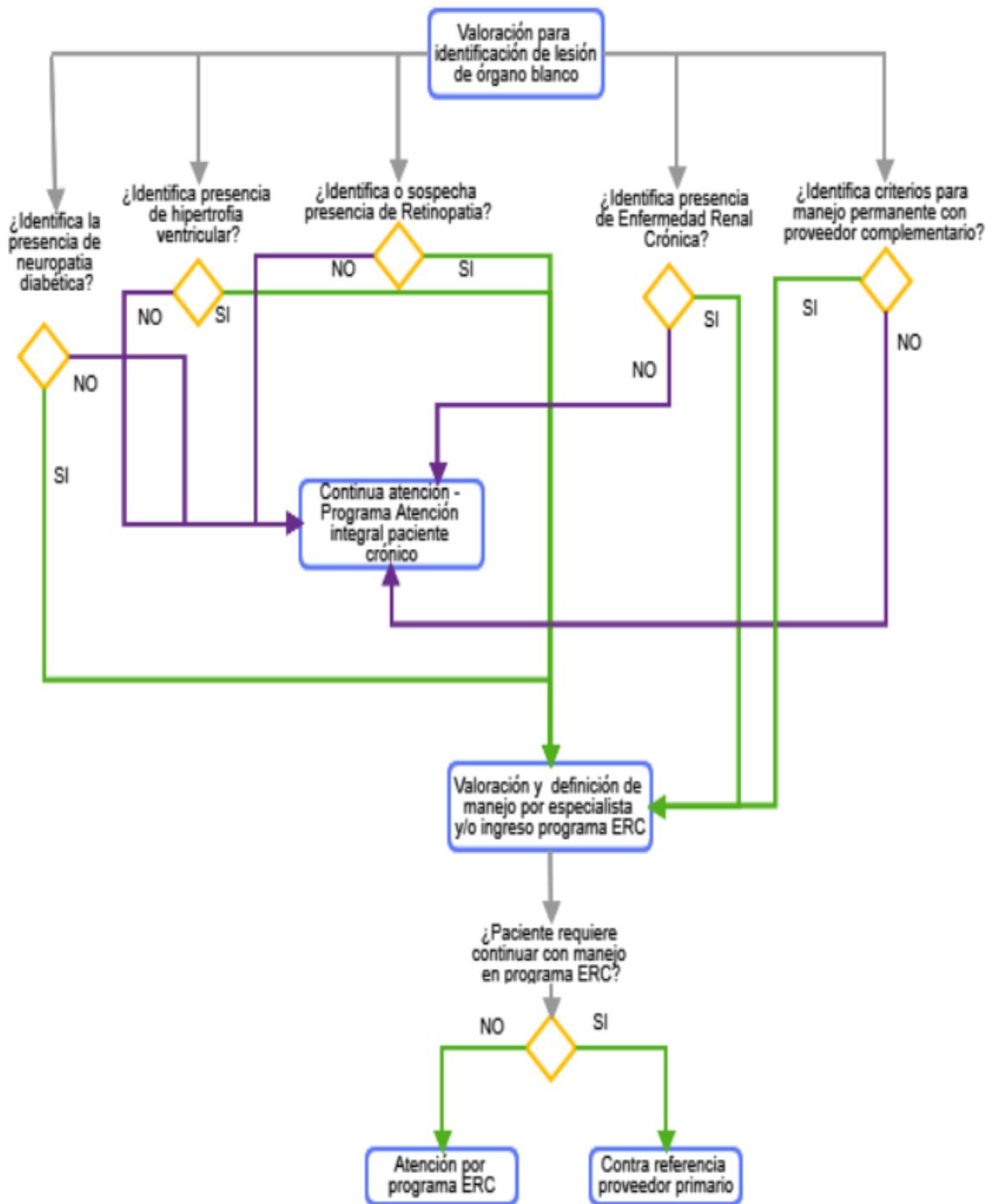
Por tal razón, la Educación para la Salud, apunta a proponer cambios de hábitos dañinos por saludables. En este orden de ideas, mediante esta estrategia, en el club de hipertensos y diabéticos de la ESE Cuaspud Carlosama durante la vigencias 2019 - 2020 se han impulsado nuevas formas de participación y comunicación humana a través de cartillas, talleres de sensibilización, obras teatrales, historias de vida, títeres, sociodramas y diferentes dinámicas que han apoyado las capacitaciones de las enfermeras y el médico coordinador , en donde la promoción de la salud no se ha trabajado como señal de peligro, sino como una invitación a combinar la elección personal con la responsabilidad social de nuestro cuerpo.

La Educación para la Salud, también tiene que ver con la persona y su propia identidad. Con respecto a la promoción y prevención de la salud, en nuestro medio se ha enfocado en lo exterior: vitaminas, descanso, ejercicio, no fumar, no beber, etc., y no se ha interiorizado en la comunicación de la unidad: cuerpo – mente – espíritu, fundamental para el autocuidado; esto lo comenta la médico coordinadora del programa. Por tal razón, por medio de esta estrategia se pretende educar a los pacientes hipertensos y diabéticos para que sean autónomos, dueños y responsables de su propio cuerpo, es decir, para que tomen conciencia de sí mismos y acepten la responsabilidad de conocerse mejor que nadie, porque en caso contrario buscaran la salud en otra parte: en un médico, un medicamento, o un tratamiento, como desafortunadamente se lo ha hecho. Por lo tanto, cambiemos esos hábitos dañinos que nos están consumiendo en vida por unos saludables.

Se anexa ruta:

Figura. 5. Ruta de Atención Integral para pacientes hipertensos y diabéticos E.S.E. Centro de Salud Cuaspud Carlosama – RIAS - 3280





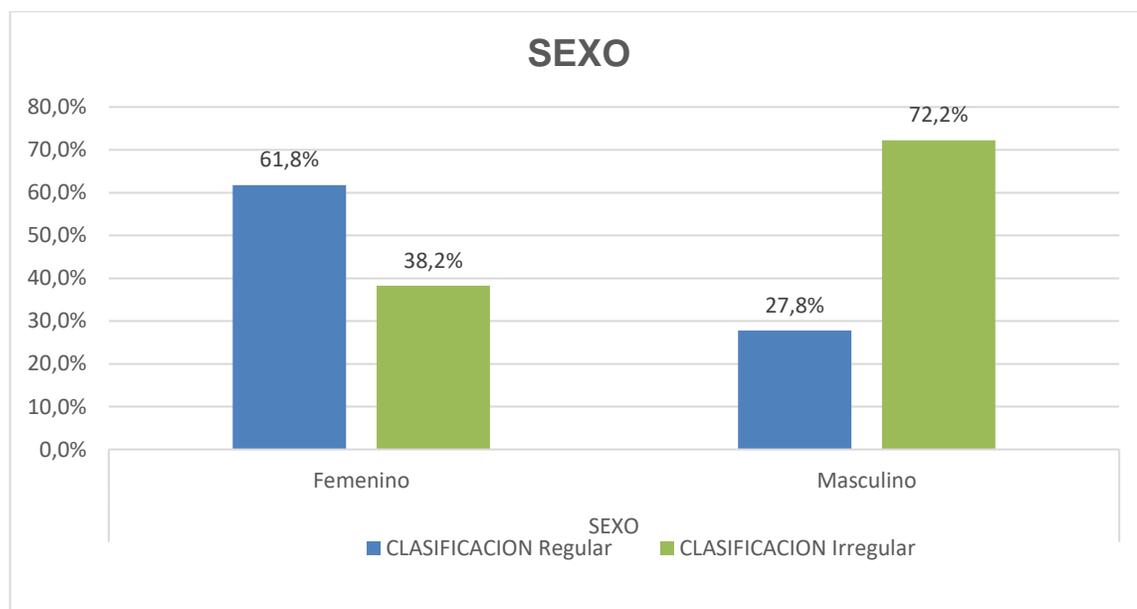
Fuente: E.S.E. Centro de Salud Cuaspud Carlosama - 2020

6.2 Desarrollo del Objetivo 2:

Describir las características socioeconómicas, conocimientos y prácticas de autocuidado y estilos de vida saludables de los pacientes regulares y de los pacientes irregulares del programa.

Los pacientes que hicieron parte del estudio el 65,4% pertenecen al sexo femenino de este porcentaje 61,8% son pacientes regulares mientras que el 38,2% son pacientes irregulares, mientras que el 34,6% de los pacientes son de sexo masculino, de los cuales el 72,2 % son pacientes irregulares y el 27,8% son pacientes regulares.

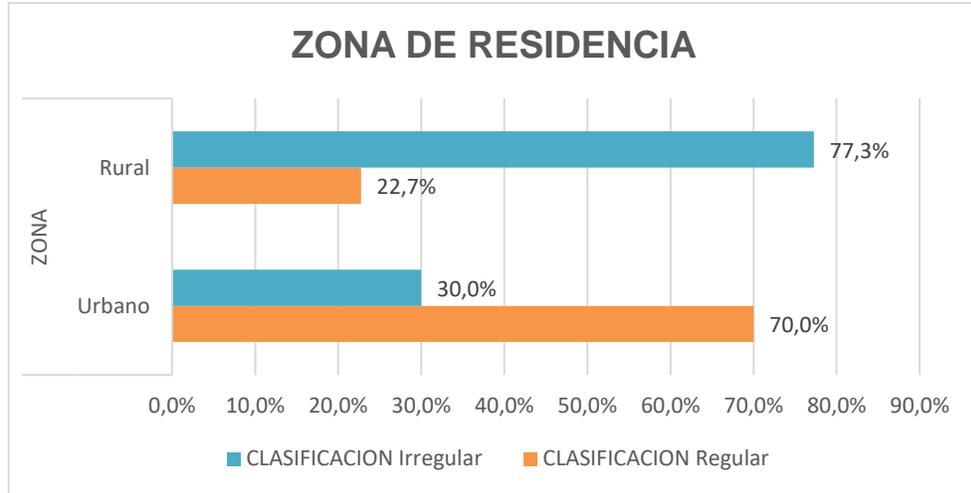
Figura 6. Distribución porcentual por sexo de los pacientes hipertensos y diabéticos con asistencia regular e irregular al programa educativo. E.S.E. Cuaspud Carlosama - 2020



Fuente: Resultado de esta Investigación

Respecto a la zona de residencia el 57,7 % de los pacientes viven en zona urbana (30% irregulares y 70% regulares), mientras que el 42,3% viven en zona rural (77,3% irregulares y 22,7% regulares).

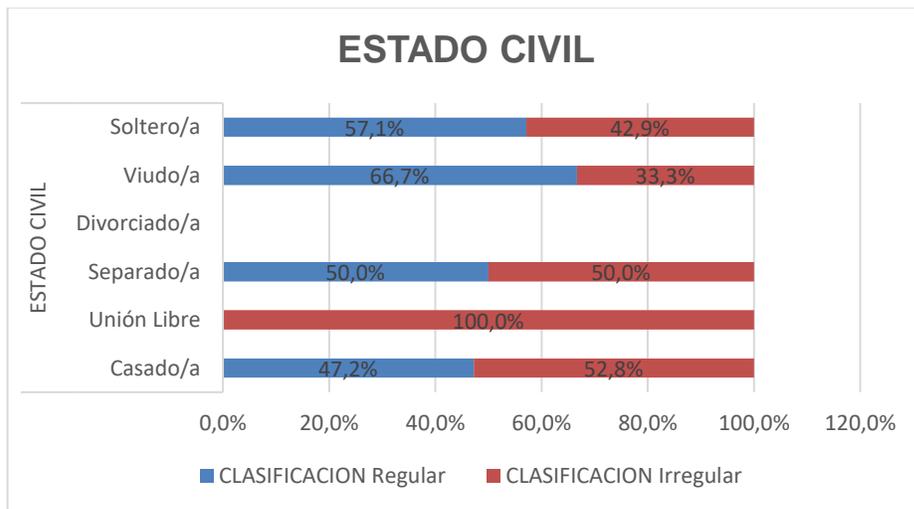
Figura 7. Distribución porcentual por zona de residencia de los pacientes hipertensos y diabéticos con asistencia regular e irregular al programa educativo. E.S.E. Cuaspud Carlosama - 2020



Fuente: Resultado de esta Investigación

Con respecto al estado civil la mayor proporción se encuentra representada por los casados con un 69,2% (47,2% para regulares y 52,8% para irregulares) seguido de los solteros 13,5% (57,1% regulares y 42,9% irregulares), los de unión libre representan el 1,9% de los pacientes, por lo cual es la de menor proporción, en donde el 100% se encuentra representado por usuarios irregulares.

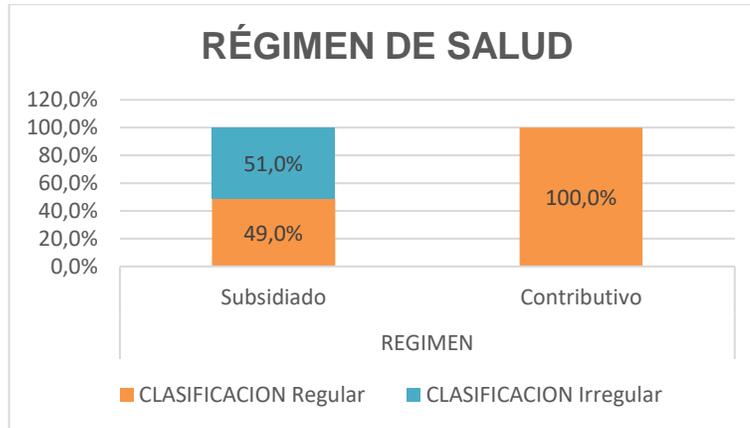
Figura. 8. Distribución porcentual por estado civil de los pacientes hipertensos y diabéticos con asistencia regular e irregular al programa educativo. E.S.E. Cuaspud Carlosama - 2020



Fuente: Resultado de esta Investigación

El régimen subsidiado representa el 98,1% de los pacientes (51) de los cuales 51% son pacientes irregulares y el 49% son pacientes regulares mientras que el 1.9% el régimen contributivo (1) paciente y pertenece a los pacientes regulares.

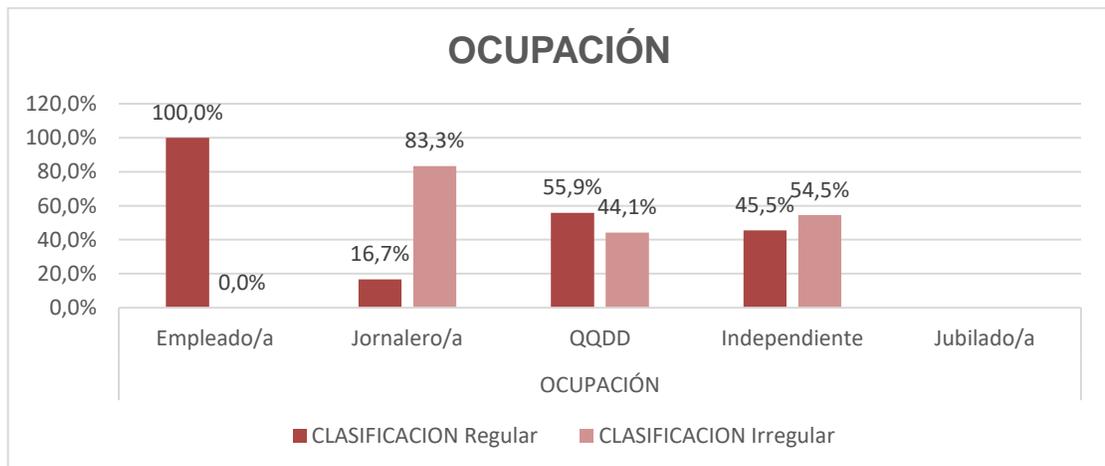
Figura 9. Distribución porcentual por Régimen de Salud de los pacientes hipertensos y diabéticos con asistencia regular e irregular al programa educativo. E.S.E. Cuaspud Carlosama - 2020



Fuente: Resultado de esta Investigación

La ocupación quehaceres domésticos (QQDD) es la más representativa de los pacientes 65,4% de los cuales el 55,9% son regulares y el 44,1% son irregulares, los independientes representan el 21,2% de los pacientes (45,5% regulares, 54,5% irregulares) y ningún paciente se encuentra jubilado.

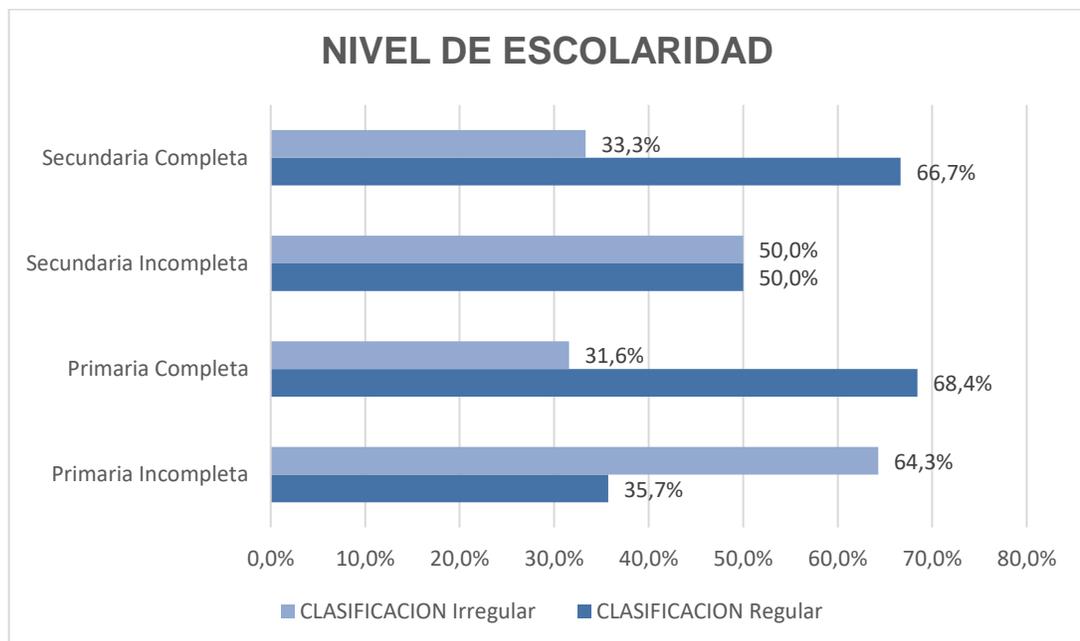
Figura 10. Distribución porcentual por ocupación de los pacientes hipertensos y diabéticos con asistencia regular e irregular al programa educativo. E.S.E. Cuaspud Carlosama - 2020



Fuente: Resultado de esta Investigación

El nivel de escolaridad más representativo es la primaria incompleta con un 53,8% de los cuales el 64,3% corresponde a los pacientes regulares y el 35,7% son irregulares, seguido de la primaria completa con un 36,5% de los cuales el 31,6% son pacientes irregulares y el 68,4 % son regulares.

Figura 11. Distribución porcentual por nivel de escolaridad de los pacientes hipertensos y diabéticos con asistencia regular e irregular al programa educativo. E.S.E. Cuaspud Carlosama - 2020



Fuente: Resultado de esta Investigación

De los integrantes al programa de hipertensos y diabéticos de la institución el 96,2% de los pacientes irregulares manifiestan que nunca asisten y el 3,8% algunas veces; de los regulares el 46,1% asisten siempre o casi siempre, de los que asisten algunas veces el 26,9% de los regulares no lo hacen porque siempre repiten lo mismo, de los que asisten la mayoría califican las temáticas como buenas (38,5%) y muy buenas (34,6%) y los contenidos para ellos son claros (53,8%), y consideran que la duración con mayor frecuencia es de 60 minutos (57,7%), confrontando que el tiempo es suficiente con el 80,8%; por otro particular, reconocen que el material metodológico utilizado por el personal de enfermería con mayor frecuencia en las charlas educativas son la exposición y carteles (65,4%), el 42,3 % manifiestan que las temáticas son innovadoras, y siendo la bailoterapia la metodología que más les gusta (69,2%) (Ver Tabla 2).

Tabla 2. Estructura del programa educativo E.S.E. Cuaspud Carlosama – 2020

| PREGUNTAS: | | CLASIFICACIÓN | | | |
|--|----------------------------|---------------|-------|-----------|-------|
| | | Regular | | Irregular | |
| | | n | % | n | % |
| P16. Como integrante del programa de hipertensos y diabéticos de la institución, Usted asiste | Siempre | 9 | 34,6% | 0 | 0,0% |
| | Casi Siempre | 3 | 11,5% | 0 | 0,0% |
| | Algunas Veces | 14 | 53,8% | 1 | 3,8% |
| | Nunca | 0 | 0,0% | 25 | 96,2% |
| P16.1 Si su respuesta es Algunas Veces, especifique una de las siguientes razones, de lo contrario pasa a la pregunta 17. Si su respuesta es Nunca, conteste la pregunta 17 y pase a la pregunta 24. | No Aplica | 11 | 42,3% | 24 | 92,3% |
| | No tengo quien me acompañe | 1 | 3,8% | 0 | 0,0% |
| | No me parece interesante | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| | Siempre repiten lo mismo | 7 | 26,9% | 2 | 7,7% |
| | Otra | 7 | 26,9% | 0 | 0,0% |
| P17. Con respecto a las temáticas tratadas en las diferentes sesiones educativas, que valoración le merece: | No Aplica | 0 | 0,0% | 25 | 96,2% |
| | Excelentes | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| | Muy Buenas | 7 | 26,9% | 0 | 0,0% |
| | Buenas | 10 | 38,5% | 0 | 0,0% |
| | Regulares | 9 | 34,6% | 1 | 3,8% |
| | Deficientes | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| P18. Los contenidos de las charlas educativas le parecen: | No Aplica | 0 | 0,0% | 24 | 92,3% |
| | Muy Claros | 1 | 3,8% | 1 | 3,8% |
| | Claros | 14 | 53,8% | 0 | 0,0% |
| | Poco Claros | 11 | 42,3% | 1 | 3,8% |
| | NS / NR | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| P19. Las sesiones educativas a las que Usted asiste, en promedio tienen una duración de (minutos): | No Aplica | 0 | 0,0% | 24 | 92,3% |
| | 20 minutos | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| | 30 minutos | 1 | 3,8% | 1 | 3,8% |
| | 50 minutos | 2 | 7,7% | 0 | 0,0% |
| | 60 minutos | 15 | 57,7% | 0 | 0,0% |
| | Más de 60 minutos | 7 | 26,9% | 1 | 3,8% |
| | 55 | 1 | 3,8% | 0 | 0,0% |
| P20. Usted considera que el tiempo de duración de estas sesiones es: | No Aplica | 0 | 0,0% | 25 | 96,2% |
| | Mucho tiempo | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| | Suficiente tiempo | 21 | 80,8% | 1 | 3,8% |
| | Muy poco tiempo | 5 | 19,2% | 0 | 0,0% |
| P21. Las metodologías usadas por el personal de enfermería para impartir las charlas educativas se hacen mediante: | No Aplica | 0 | 0,0% | 25 | 96,2% |
| | Exposición – Carteles | 17 | 65,4% | 1 | 3,8% |
| | Plegables – Cartillas | 3 | 11,5% | 0 | 0,0% |
| | Videos – Sociodramas | 2 | 7,7% | 0 | 0,0% |
| | Lúdica – Bailo terapia | 4 | 15,4% | 0 | 0,0% |

| | | | | | |
|--|------------------------|----|-------|----|--------|
| | Otro | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| P22. De las anteriores metodologías utilizadas por el personal de enfermería para brindar educación, Usted cree que son: | No Aplica | 0 | 0,0% | 25 | 96,2 % |
| | Muy innovadoras | 1 | 3,8% | 0 | 0,0% |
| | Innovadoras | 11 | 42,3% | 0 | 0,0% |
| | Poco innovadoras | 11 | 42,3% | 0 | 0,0% |
| | Aburridas | 3 | 11,5% | 1 | 3,8% |
| P23. ¿Cuál de estas metodologías le gusta más?: | No Aplica | 0 | 0,0% | 25 | 96,2 % |
| | Exposición – Carteles | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| | Plegables – Cartillas | 2 | 7,7% | 0 | 0,0% |
| | Videos – Sociodramas | 6 | 23,1% | 0 | 0,0% |
| | Lúdica – Bailo terapia | 18 | 69,2% | 1 | 3,8% |
| | Otro | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |

Fuente: Resultado de esta Investigación

De acuerdo con la pregunta, sobre sí el programa ha generado un cambio de actitud respecto al autocuidado y adopción de estilos de vida saludables, la totalidad de los pacientes regulares consideran que ha sido de gran ayuda, mientras que los irregulares afirman que el 38.5% si ha sido de su apoyo; y el 61,5%, definitivamente consideran que no les genero ningún cambio. (Ver Tabla 3).

Tabla 3. Estructura del programa educativo enfoque autocuidado

| ¿La educación en salud impartida por el personal de enfermería del Centro de Salud Cuaspud Carlosama E.S.E. ha generado en Usted un cambio de actitud frente al autocuidado y la adopción de estilos de vida saludables? | | CLASIFICACIÓN | | | |
|--|----|---------------|------|-----------|--------|
| | | Regular | | Irregular | |
| | | n | % | n | % |
| P24 Actitud Autocuidado | Si | 26 | 100% | 10 | 38,5 % |
| | No | 0 | 0% | 16 | 61,5 % |

Fuente: Resultado de esta Investigación

Respecto a los hábitos y estilos de vida saludables que los pacientes regulares practican, la mayoría (46.2%) manifestó que casi siempre realizan actividad física (caminar, subir escaleras, trabajo de la casa); de los pacientes irregulares el 19.2% nunca practican actividad física al menos 30 minutos al día, y algunas veces su alimentación es balanceada (57,7%), el 53,8% considera que algunas veces ingiere tres de los siguientes alimentos por día: frutas frescas, verduras, granos enteros, alimentos sin procesar. Por otra parte, los pacientes regulares el 61,5% casi nunca consume azúcar, mientras que la mayoría de los irregulares (46,2%) casi siempre lo hacen y el 73.1% de los regulares casi nunca consume mucha sal, mientras que los irregulares el 50% casi siempre la consumen.

Con respecto al consumo de alimentos con exceso de grasa el 69.2% de pacientes regulares como irregulares lo hacen casi siempre; con relación al control médico en los últimos 6 meses el 69,2% de los usuarios regulares lo hace casi siempre,

mientras los irregulares acuden únicamente el 50%. El 42.3% de los pacientes regulares controla oportunamente su presión arterial en su casa casi siempre y el 46.2% de los irregulares lo hacen algunas veces y casi nunca respectivamente; por otra parte, el 69.2% de los pacientes regulares y el 65.4% de los irregulares nunca controlan su glicemia en casa.

Desde otro ámbito de los estilos y hábitos de vida saludables, por fortuna el 88.5% de pacientes regulares como irregulares nunca consumen cigarrillos, tabacos y alcohol; con respecto a la toma oportuna de medicamentos formulados por el médico tratante del Centro de Salud Cuaspud Carlosama, el 88.5% de los usuarios regulares lo hacen siempre frente a los irregulares con un 61.5%. El 61.5% de los pacientes regulares que hicieron parte del estudio algunas veces en algún momento de sus vidas manifestaron sentirse cansados, estresados, angustiados y sin metas; frente a un 53.8% de los irregulares que lo padecen casi siempre.

Finalmente, el 42.3% de los pacientes regulares duermen casi siempre entre 7 a 8 horas diarias habitualmente con respecto a los irregulares en donde el 50% lo hace algunas veces. El 65.4% de los usuarios regulares algunas veces en su tiempo libre lee, escribe, mira televisión, escucha música o práctica algún deporte; mientras que el 46.2% de los irregulares frente a este hábito lo hacen casi nunca. Desafortunadamente, con relación a las caminatas, paseos y visitas al cine en su tiempo libre el 42.3% de pacientes regulares lo hacen casi nunca y algunas veces; mientras que el 53.8% de los irregulares nunca realiza a estas actividades debido a las limitaciones ocasionadas por el Covid – 19. (Ver Tabla 4).

Tabla 4. Hábitos y estilos de vida saludables

| ¿En la actualidad, cuál de los siguientes hábitos / estilos de vida saludables practica Usted?: | | CLASIFICACIÓN | | | |
|---|---------------|---------------|--------|-----------|--------|
| | | Regular | | Irregular | |
| | | n | % | n | % |
| P25A. ¿Realiza actividad física (caminar, subir escaleras, trabajo de la casa, etc.): | Nunca | 0 | 0,0% | 5 | 19,2% |
| | Casi Nunca | 4 | 15,4% | 8 | 30,8% |
| | Algunas Veces | 7 | 26,9% | 3 | 11,5% |
| | Casi Siempre | 12 | 46,2% | 8 | 30,8% |
| | Siempre | 3 | 11,5% | 2 | 7,7% |
| | Total | 26 | 100,0% | 26 | 100,0% |
| P25B. ¿Hace ejercicios en forma activa al menos por 30 minutos durante el día? | Nunca | 0 | 0,0% | 4 | 15,4% |
| | Casi Nunca | 4 | 15,4% | 10 | 38,5% |
| | Algunas Veces | 8 | 30,8% | 3 | 11,5% |
| | Casi Siempre | 13 | 50,0% | 6 | 23,1% |
| | Siempre | 1 | 3,8% | 3 | 11,5% |
| | Total | 26 | 100,0% | 26 | 100,0% |
| P25C. ¿Su alimentación es balanceada? (Frutas, verduras, granos, cereales, carnes). | Nunca | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| | Casi Nunca | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| | Algunas Veces | 15 | 57,7% | 15 | 57,7% |
| | Casi Siempre | 7 | 26,9% | 9 | 34,6% |
| | Siempre | 4 | 15,4% | 2 | 7,7% |

| | | | | | |
|--|---------------|----|--------|----|--------|
| | Total | 26 | 100,0% | 26 | 100,0% |
| P25D. ¿Ingiere tres de los siguientes alimentos por día: frutas frescas, verduras, granos enteros, alimentos sin procesar? | Nunca | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| | Casi Nunca | 0 | 0,0% | 5 | 19,2% |
| | Algunas Veces | 13 | 50,0% | 14 | 53,8% |
| | Casi Siempre | 9 | 34,6% | 6 | 23,1% |
| | Siempre | 4 | 15,4% | 1 | 3,8% |
| | Total | 26 | 100,0% | 26 | 100,0% |
| P25E. ¿A menudo consume mucha azúcar? | Nunca | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| | Casi Nunca | 16 | 61,5% | 8 | 30,8% |
| | Algunas Veces | 7 | 26,9% | 6 | 23,1% |
| | Casi Siempre | 2 | 7,7% | 12 | 46,2% |
| | Siempre | 1 | 3,8% | 0 | 0,0% |
| | Total | 26 | 100,0% | 26 | 100,0% |
| P25F. ¿A menudo consume mucha sal? | Nunca | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| | Casi Nunca | 19 | 73,1% | 8 | 30,8% |
| | Algunas Veces | 5 | 19,2% | 5 | 19,2% |
| | Casi Siempre | 1 | 3,8% | 13 | 50,0% |
| | Siempre | 1 | 3,8% | 0 | 0,0% |
| | Total | 26 | 100,0% | 26 | 100,0% |
| P25G. ¿A menudo consume alimentos con exceso de grasa? | Nunca | 1 | 3,8% | 0 | 0,0% |
| | Casi Nunca | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| | Algunas Veces | 6 | 23,1% | 7 | 26,9% |
| | Casi Siempre | 18 | 69,2% | 18 | 69,2% |
| | Siempre | 1 | 3,8% | 1 | 3,8% |
| | Total | 26 | 100,0% | 26 | 100,0% |
| P25H. ¿Ha asistido oportunamente a su control médico en los últimos seis meses? | Nunca | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| | Casi Nunca | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| | Algunas Veces | 1 | 3,8% | 13 | 50,0% |
| | Casi Siempre | 18 | 69,2% | 13 | 50,0% |
| | Siempre | 7 | 26,9% | 0 | 0,0% |
| | Total | 26 | 100,0% | 26 | 100,0% |
| P25I. ¿Controla su peso cuando asiste al Centro de Salud? | Nunca | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| | Casi Nunca | 0 | 0,0% | 4 | 15,4% |
| | Algunas Veces | 1 | 3,8% | 11 | 42,3% |
| | Casi Siempre | 17 | 65,4% | 11 | 42,3% |
| | Siempre | 8 | 30,8% | 0 | 0,0% |
| | Total | 26 | 100,0% | 26 | 100,0% |
| P25J. ¿Controla oportunamente en su casa su presión arterial? | Nunca | 0 | 0,0% | 1 | 3,8% |
| | Casi Nunca | 9 | 34,6% | 12 | 46,2% |
| | Algunas Veces | 6 | 23,1% | 12 | 46,2% |
| | Casi Siempre | 11 | 42,3% | 1 | 3,8% |
| | Siempre | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| | Total | 26 | 100,0% | 26 | 100,0% |
| P25K. ¿Controla oportunamente en su casa su glicemia? | Nunca | 18 | 69,2% | 17 | 65,4% |
| | Casi Nunca | 1 | 3,8% | 2 | 7,7% |
| | Algunas Veces | 1 | 3,8% | 4 | 15,4% |
| | Casi Siempre | 5 | 19,2% | 2 | 7,7% |
| | Siempre | 1 | 3,8% | 1 | 3,8% |
| | Total | 26 | 100,0% | 26 | 100,0% |
| P25L. ¿Consume cigarrillos y/o tabacos? | Nunca | 23 | 88,5% | 15 | 57,7% |
| | Casi Nunca | 1 | 3,8% | 5 | 19,2% |

| | | | | | |
|---|---------------|----|--------|----|--------|
| | Algunas Veces | 2 | 7,7% | 6 | 23,1% |
| | Casi Siempre | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| | Siempre | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| | Total | 26 | 100,0% | 26 | 100,0% |
| P25M. ¿Consume alcohol? | Nunca | 23 | 88,5% | 15 | 57,7% |
| | Casi Nunca | 2 | 7,7% | 5 | 19,2% |
| | Algunas Veces | 1 | 3,8% | 6 | 23,1% |
| | Casi Siempre | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| | Siempre | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| | Total | 26 | 100,0% | 26 | 100,0% |
| P25N. ¿Toma oportunamente los medicamentos formulados por el médico tratante del Centro de Salud? | Nunca | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| | Casi Nunca | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| | Algunas Veces | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| | Casi Siempre | 3 | 11,5% | 10 | 38,5% |
| | Siempre | 23 | 88,5% | 16 | 61,5% |
| | Total | 26 | 100,0% | 26 | 100,0% |
| P25O. ¿Se siente estresado? (cansando, angustiando, sin metas). | Nunca | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| | Casi Nunca | 4 | 15,4% | 0 | 0,0% |
| | Algunas Veces | 16 | 61,5% | 9 | 34,6% |
| | Casi Siempre | 6 | 23,1% | 14 | 53,8% |
| | Siempre | 0 | 0,0% | 3 | 11,5% |
| | Total | 26 | 100,0% | 26 | 100,0% |
| P25P. ¿Duerme entre siete a ocho horas habitualmente? | Nunca | 0 | 0,0% | 1 | 3,8% |
| | Casi Nunca | 2 | 7,7% | 4 | 15,4% |
| | Algunas Veces | 9 | 34,6% | 13 | 50,0% |
| | Casi Siempre | 11 | 42,3% | 6 | 23,1% |
| | Siempre | 4 | 15,4% | 2 | 7,7% |
| | Total | 26 | 100,0% | 26 | 100,0% |
| P25Q. ¿En su tiempo libre lee, escribe, mira tv?, ¿escucha música, o práctica algún deporte? | Nunca | 0 | 0,0% | 4 | 15,4% |
| | Casi Nunca | 6 | 23,1% | 12 | 46,2% |
| | Algunas Veces | 17 | 65,4% | 10 | 38,5% |
| | Casi Siempre | 3 | 11,5% | 0 | 0,0% |
| | Siempre | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| | Total | 26 | 100,0% | 26 | 100,0% |
| P25R. ¿Realiza caminatas, paseos o va al cine en su tiempo libre? | Nunca | 3 | 11,5% | 14 | 53,8% |
| | Casi Nunca | 11 | 42,3% | 10 | 38,5% |
| | Algunas Veces | 11 | 42,3% | 2 | 7,7% |
| | Casi Siempre | 1 | 3,8% | 0 | 0,0% |
| | Siempre | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| | Total | 26 | 100,0% | 26 | 100,0% |

Fuente: Resultado de esta Investigación

El 88.5% de los pacientes regulares considera que ha tenido un estilo de vida saludable o ha implementado algún cambio en su conducta respecto a la salud, mientras que los irregulares manifiestan que el 73,1 % solo lo ha considerado y el 7,7% no está interesado en modificar su estilo de vida. (Ver Tabla 5).

Tabla 5. Hábitos y estilos de vida saludables enfoque autocuidado

| Respecto al autocuidado o la adopción de los estilos de vida saludables: | | CLASIFICACIÓN | | | |
|--|--|---------------|-------|-----------|-------|
| | | Regular | | Irregular | |
| | | n | % | n | % |
| P26. ¿En cuál de las siguientes categorías se colocaría respecto al autocuidado o la adopción de los estilos de vida saludables? | He tenido un estilo de vida saludable por año. | 8 | 30,8% | 0 | 0,0% |
| | He implementado algún cambio en mi conducta con respecto a la salud, pero todavía me cuesta respetarlo | 15 | 57,7% | 4 | 15,4% |
| | Planeo implementar un cambio en mi conducta con respecto a la salud dentro de los próximos treinta días. | 0 | 0,0% | 1 | 3,8% |
| | He estado considerando modificar alguno de mis hábitos relacionados con la salud | 3 | 11,5% | 19 | 73,1% |
| | No estoy interesado en modificar mi estilo de vida en este momento | 0 | 0,0% | 2 | 7,7% |

Fuente: Resultado de esta Investigación

6.3 Desarrollo del Objetivo 3:

Determinar las condiciones clínicas de pacientes regulares e irregulares tratados por hipertensión y diabetes mellitus, que hacen parte del programa de pacientes crónicos y que fueron atendidos por el personal de enfermería de la E.S.E. Centro de Salud Cuaspud Carlosama durante el periodo 2019 – 2020.

La información que se presenta a continuación se extrajo de la base de datos de pacientes crónicos suministrada por la E.S.E. Centro de Salud Cuaspud Carlosama, correspondiente a los pacientes que asisten de forma regular e irregular al programa de educación impartido por el personal de salud de la institución en mención.

La base de datos se compone de 25 variables entre las que se encuentran variables demográficas, socioeconómicas, clínicas y de comportamiento (hábitos). Teniendo en cuenta que el objetivo es describir las condiciones clínicas de la población objeto de estudio, se presentarán las tablas de frecuencia de las variables clínicas cruzadas con las demás variables según la importancia de la información.

Se tuvieron en cuenta a 26 pacientes regulares (50%) y 26 irregulares (50%, a continuación, se determinan las condiciones clínicas de pacientes regulares e irregulares tratados por hipertensión y diabetes mellitus, que hacen parte del programa de pacientes crónicos y que fueron atendidos por el personal de enfermería de la E.S.E. Centro de Salud Cuaspud Carlosama durante el periodo 2019 – 2020.

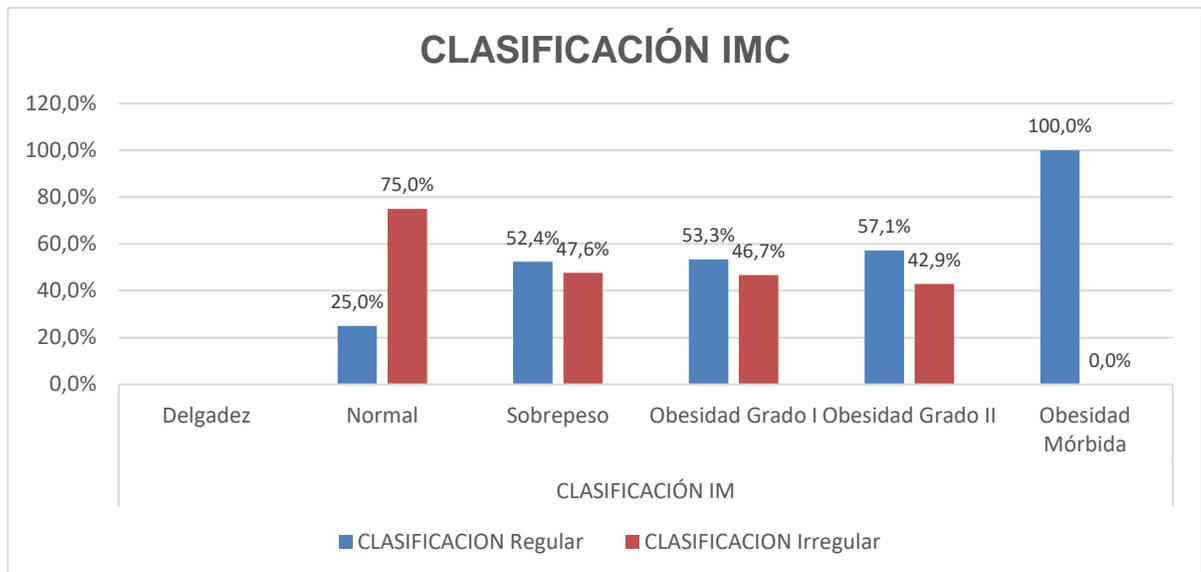
Tabla 6. Distribución porcentual de condiciones clínicas de los pacientes hipertensos y diabéticos del programa educativo. E.S.E. Cuaspud Carlosama – 2020

| VARIABLES | | n | % |
|-------------------------------|-----------------------|----------|----------|
| CLASIFICACIÓN IM | • Delgadez | 0 | 0,0% |
| | • Normal | 8 | 15,4% |
| | • Sobrepeso | 21 | 40,4% |
| | • Obesidad Grado I | 15 | 28,8% |
| | • Obesidad Grado II | 7 | 13,5% |
| | • Obesidad Mórbida | 1 | 1,9% |
| CLASIFICACIÓN HTA | • Óptima | 2 | 3,8% |
| | • Normal | 19 | 36,5% |
| | • Prehipertensión | 19 | 36,5% |
| | • HTA Grado I | 9 | 17,3% |
| | • HTA Grado II | 3 | 5,8% |
| | • HTA Grado III | 0 | 0,0% |
| CLASIFICACIÓN GLICEMIA | • Ideal | 16 | 30,8% |
| | • Buen Control | 33 | 63,5% |
| | • Aceptable | 1 | 1,9% |
| | • Mal Control | 2 | 3,8% |
| CLASIFICACIÓN Hglu | • No Aplica | 36 | 69,2% |
| | • HbA1c mayor a 6.5% | 15 | 28,8% |
| | • HbA1c de 5.7 a 6.4% | 1 | 1,9% |
| | • HbA1c menor a 5.6% | 0 | 0,0% |

Fuente: Resultado de esta Investigación

Para la condición clínica índice de masa corporal (IMC) se tiene que la mayor proporción de paciente se encuentran en condición de sobrepeso representando un 40,4 % seguido de los pacientes con obesidad grado I (28.8%), de los pacientes que hicieron parte del estudio ninguno se encontró en condición de delgadez (ver tabla 6).

Figura 12. Distribución porcentual de la clasificación clínica IMC de los pacientes hipertensos y diabéticos con asistencia regular e irregular al programa educativo. E.S.E. Cuaspud Carlosama - 2020

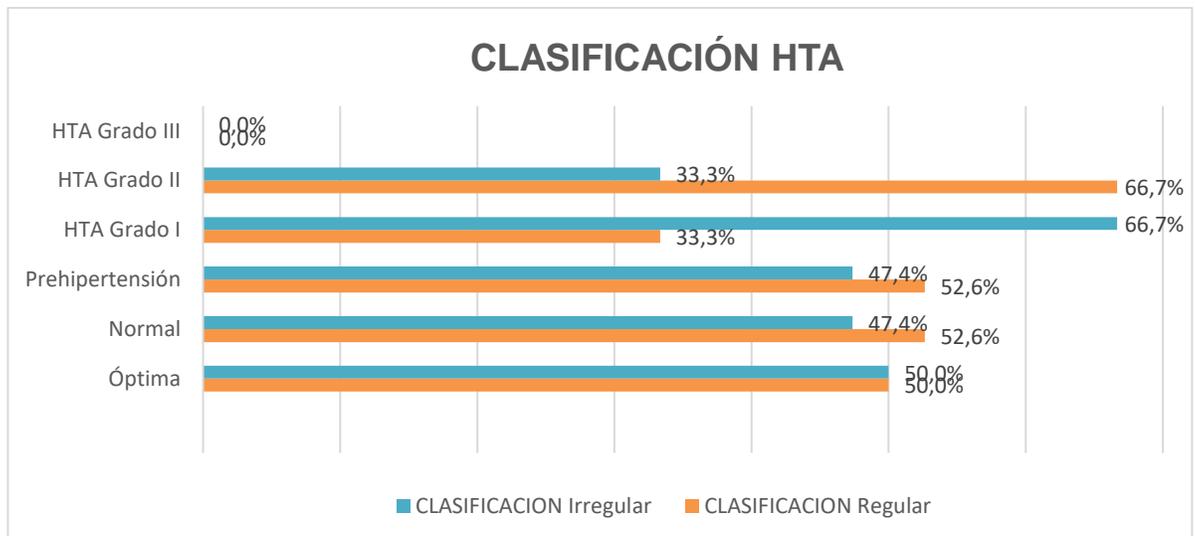


Fuente: Resultado de esta Investigación

La grafica muestra las frecuencias porcentuales del IMC en comparativo de los pacientes regulares e irregulares respecto a cada condición siendo la obesidad mórbida en donde solo hay pacientes regulares 100% , mientras que para la condición normal son los pacientes irregulares quienes presentan mayor proporción, un 75% vs un 25% de los pacientes regulares, para las condiciones sobrepeso, obesidad grado 1 y obesidad grado 2 las proporciones son semejantes siempre con una tendencia un poco más alta para los pacientes regulares.

En la condición clínica Hipertensión (HTA) se observó en todos los pacientes que tanto en la prehipertensión como la hipertensión normal corresponde a un 36,5 % de los pacientes en cada categoría HTA, mientras que no hay pacientes con HTA grado III y un 3,8% de los pacientes tiene HTA optima (ver tabla 6.)

Figura 13. Distribución porcentual por clasificación HTA de los pacientes hipertensos y diabéticos con asistencia regular e irregular al programa educativo. E.S.E. Cuaspad Carlosama - 2020



Fuente: Resultado de esta Investigación

La gráfica representa las diferencias por cada categoría para condición hipertensión entre pacientes regulares e irregulares, se observa que existe mayores diferencias para la HTA grado II (33,3% irregulares, 66,7% regulares) y HTA grado I (67,7% irregulares, 33,3% regulares) y con pequeñas diferencias en pacientes regulares (52,6%) vs los irregulares (47,4%) para la HTA prehipertensión y la HTA normal, en la HTA optima se encuentran iguales proporciones para pacientes regulares e irregulares.

Para la Glicemia en los pacientes reportados en el estudio el 63,5% tiene buen control el 30,8% tienen glicemia ideal, 3,8% mal control, y un 1,9% glicemia aceptable. (Ver tabla 6.)

Figura 14. Distribución porcentual por clasificación de glicemia de los pacientes hipertensos y diabéticos con asistencia regular e irregular al programa educativo. E.S.E. Cuaspud Carlosama - 2020

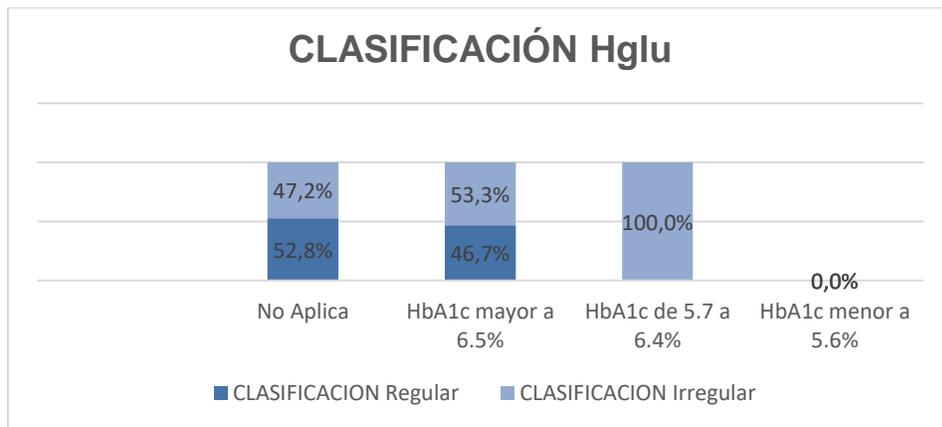


Fuente: Resultado de esta Investigación

Las diferencias en glicemia para pacientes regulares e irregulares se observan que son en buen control (48,5% para regulares, 51,5% irregulares), ideal (56,3% regulares, 43,8% irregulares), para mal control 50% y 50% en ambos pacientes, y en glicemia aceptable se observa que todos los pacientes son de condición irregular.

Para hemoglobina glicosilada Hglu el 69,2 % de los pacientes no se midió dicho parámetro, mientras que el 28,8% tienen una HbA1c mayor a 6.5%, y el 1,9% HbA1c de 5.7 a 6.4% (ver tabla 6.)

Figura 15. Distribución porcentual de hemoglobina glicosilada de los pacientes hipertensos y diabéticos con asistencia regular e irregular al programa educativo. E.S.E. Cuaspud Carlosama - 2020



Fuente: Resultado de esta Investigación

Comparando pacientes regulares e irregulares en la condición clínica hemoglobina glicosilada Hg1c se observa que para un HbA1c mayor a 6.5% (predisposición a diabetes), tenemos que el 53.3% son pacientes irregulares y 46,6% son pacientes regulares, para el HbA1c de 5,7 a 6.4% (predisposición a prediabetes) el 100% son pacientes irregulares, finalmente para el rango de HbA1c menor a 5.6% que corresponde al normal; no existen casos para pacientes regulares e irregulares.

Las características clínicas de tipo cuantitativo se presentan en la tabla Nro. 7.

La edad promedio de los pacientes regulares es de 63±9 años con una edad mínima de 40 años y una máxima de 77 años, mientras que para los irregulares una edad promedio de 68±12 (43-88 años), el peso medio los regulares se concentran en 73±9 kg (57-95 kg) y los irregulares en 69±10 kg (46-91 kg), y una talla promedio de 156±8 cm (145-172 cm) para los regulares y de 156±7 cm (146-169 cm), un promedio de IMC para los regulares de 30,3 (obesidad grado I) ±4.4 (21,5-40,1) y para los irregulares es de 28 (sobrepeso) ±3.9 (20,7-35,2), respecto al promedio de la presión sistólica los pacientes regulares presentan un valor de 128mmhg (normal) ±11 (110-150mmhg) y una diastólica de 82mmhg (normal) ±8 (70-100 mmhg) y en los pacientes irregulares una media sistólica de 130mmhg (prehipertensión) ±12 (110-160mmhg) y una diastólica de 82mmhg (normal) ±8 (70-100mmhg), los valores promedio de glicemia en pacientes regulares de 88mg/dl (normal) ±24 (61-162) y la glicemia de los irregulares de 94mg/dl (normal) ±41 (50-278) y la hemoglobina glicosilada promedio presenta valores de 2±3.4 (0-10,1) en pacientes regulares y de 2.5±3.5 (0-7.8) en pacientes irregulares

Tabla 7. Condiciones clínicas de pacientes regulares e irregulares

| | CLASIFICACIÓN | | | | | | | |
|-------------------------|---------------|-----------------------|------------|------------|-----------|-----------------------|------------|------------|
| | Regular | | | | Irregular | | | |
| | Medi a | Desviaci ón típica | Mínim o | Máxim o | Medi a | Desviaci ón típica | Mínim o | Máxim o |
| EDAD | 63 | 9 | 40 | 77 | 66 | 12 | 43 | 88 |
| PESO | 73 | 9 | 57 | 95 | 69 | 10 | 46 | 91 |
| TALLA | 156 | 8 | 145 | 172 | 156 | 7 | 146 | 169 |
| IMC | 30,3 | 4,4 | 21,5 | 40,1 | 28,0 | 3,9 | 20,7 | 35,2 |
| PSISTOLICA | 128 | 11 | 110 | 150 | 130 | 12 | 110 | 160 |
| PDIASTOLICA | 82 | 8 | 70 | 100 | 82 | 8 | 70 | 100 |
| GLICEMIA | 88 | 24 | 61 | 162 | 94 | 41 | 50 | 278 |
| HEMOGLOBINAglicu | 2,0 | 3,4 | ,0 | 10,1 | 2,5 | 3,5 | ,0 | 7,8 |

Fuente: Resultado de esta Investigación

6.4 Desarrollo del Objetivo 4:

Comparar la efectividad del programa educativo impartido por el personal de enfermería de la E.S.E. Centro de Salud Cuaspud Carlosama en los pacientes regulares e irregulares, tratados por hipertensión y diabetes mellitus y que hicieron parte del programa de pacientes crónicos durante el periodo 2019 -2020

Con el objetivo de poder comparar la efectividad del programa educativo impartido por el personal de enfermería en los pacientes regulares e irregulares, tratados por hipertensión y diabetes mellitus y que hicieron parte del programa se crearon 3 índices: en hábitos de vida saludables, conocimientos y prácticas saludables de pacientes con HTA, conocimientos y prácticas saludables de pacientes con Diabetes, que permitan realizar dicha comparación y observar las diferencias entre los pacientes regulares e irregulares . (Ver Tabla 8).

Tabla 8. Comparativo HEVS entre pacientes regulares e irregulares Descriptivos

| Variables | n | Medi a | Desviació n estándar | Error estándar | IC(95%) | | Mínim o | Máxim o | |
|---|---------------|-----------|-------------------------|-------------------|---------|-------|------------|------------|-------|
| | | | | | LI | LS | | | |
| I_HVS Estilo de vida saludables | Regular | 26 | 0,630 | 0,087 | 0,017 | 0,595 | 0,665 | 0,458 | 0,833 |
| | Irregula r | 26 | 0,494 | 0,095 | 0,019 | 0,455 | 0,532 | 0,333 | 0,653 |
| | Total | 52 | 0,562 | 0,114 | 0,016 | 0,530 | 0,594 | 0,333 | 0,833 |
| I_CP Saludables_HTA Hipertensión | Regular | 23 | 0,886 | 0,088 | 0,018 | 0,849 | 0,924 | 0,722 | 1,000 |
| | Irregula r | 22 | 0,725 | 0,155 | 0,033 | 0,656 | 0,793 | 0,556 | 1,000 |
| | Total | 45 | 0,807 | 0,148 | 0,022 | 0,763 | 0,852 | 0,556 | 1,000 |
| I_CP Saludables_DIA B Diabetes | Regular | 7 | 0,743 | 0,098 | 0,037 | 0,653 | 0,833 | 0,600 | 0,900 |
| | Irregula r | 9 | 0,356 | 0,101 | 0,034 | 0,278 | 0,433 | 0,200 | 0,500 |
| | Total | 16 | 0,525 | 0,221 | 0,055 | 0,407 | 0,643 | 0,200 | 0,900 |

Fuente: Resultado de esta Investigación

Se quiso comprobar si existen diferencias estadísticamente significativas entre cada uno de los pacientes regulares e irregulares y los indicadores de estilos de vida saludables, conocimientos y prácticas saludables en pacientes con hipertensión (I_CP_HTA) y conocimientos y prácticas saludables en pacientes con diabetes (I_CP_DIAB), antes de realizar el contraste de hipótesis y para saber que prueba se debe utilizar (paramétrica o no paramétrica) se debe comprobar si los datos de

las variables cuantitativas (en este caso los indicadores) se ajustan a una distribución normal y si cumplen las propiedades de homogeneidad.

Tabla 9. Clasificación Prueba Kolmogorov-Smirnova Shapiro-Wilk entre pacientes con asistencia regular e irregular al programa educativo

| CLASIFICACIÓN | | Kolmogorov-Smirnov ^a | | | Shapiro-Wilk | | |
|---|-----------|---------------------------------|----|-------|--------------|----|-------|
| | | Estadístico | gl | Sig. | Estadístico | gl | Sig. |
| I_HVS Estilos de Vida saludables | Regular | ,126 | 26 | ,200* | ,979 | 26 | 0,847 |
| | Irregular | ,127 | 26 | ,200* | ,957 | 26 | 0,342 |
| I_CP_HTA Hipertensión | Regular | ,224 | 23 | ,004 | ,880 | 23 | ,010 |
| | Irregular | ,237 | 22 | ,002 | ,846 | 22 | ,003 |
| I_CP_DIAB Diabetes | Regular | ,241 | 7 | ,200* | ,937 | 7 | ,609 |
| | Irregular | ,264 | 9 | ,071 | ,892 | 9 | ,208 |

Fuente: Resultado de esta Investigación

Para los tres indicadores se analiza la prueba de Shapiro-Wilk por tener un tamaño de $n < 50$, en los indicadores I_HVS estilos de vida saludables y I_CP_DIAB Diabetes el p -valor > 0.05 lo que permite concluir que se ajusta a una distribución normal, mientras que el indicador I_CP_HTA Hipertensión como el p -valor < 0.05 no se ajusta a una distribución normal. (Ver Tabla 9).

Tabla 10. Clasificación Prueba de Levene de igualdad de varianzas entre asistencia regular e irregular al programa educativo

| CLASIFICACIÓN | Prueba de Levene de igualdad de varianzas | |
|------------------|---|-------|
| | F | Sig. |
| I_HVS | 0,739 | 0,394 |
| I_CP_HTA | 8,936 | 0,005 |
| I_CP_DIAB | 0,067 | 0,8 |

Fuente: Resultado de esta Investigación

Al evaluar la prueba de Levene de igualdad de varianzas se concluye que hay homogeneidad para los indicadores I_HVS estilos de vida saludables y I_CP_DIAB Diabetes, ya que, el p -valor es > 0.05 , mientras que para el indicador I_CP_HTA Hipertensión este criterio no se cumple porque el p -valor es < 0.05 . (Ver Tabla 10).

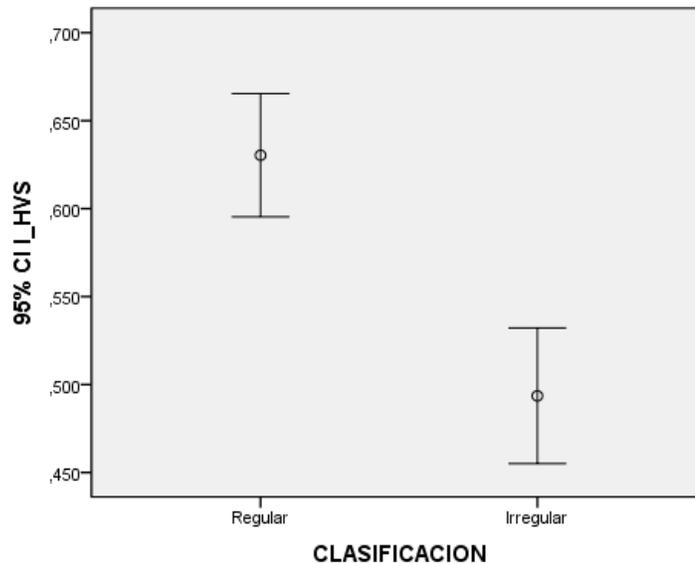
Debido a que los indicadores tanto I_HVS estilos de vida saludables y I_CP_DIAB Diabetes cumplen los criterios de normalidad y de homogeneidad entonces se usará la prueba paramétrica t de Student de muestras independientes con el fin de contrastar las diferencias entre los pacientes regulares e irregulares por cada indicador.

Tabla 11. Clasificación prueba de muestras independientes entre asistencia regular e irregular al programa educativo

| PRUEBA DE MUESTRAS INDEPENDIENTES | | | | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|----|---------|----------------------|------------------------------|----------|----------|
| CLASIFICACIÓN | prueba t para la igualdad de medias | | | | | | |
| | t | gl | p valor | Diferencia de medias | Diferencia de error estándar | IC(95%) | |
| | | | | | | LI | LS |
| I_HVS Estilos de Vida Saludables | 5,41 | 50 | ,000 | 0,136752 | 0,025275 | 0,085985 | 0,187519 |
| I_CP_DIAB Diabetes | 7,7 | 14 | ,000 | 0,387302 | 0,050281 | 0,27946 | 0,495143 |

Fuente: Resultado de esta Investigación

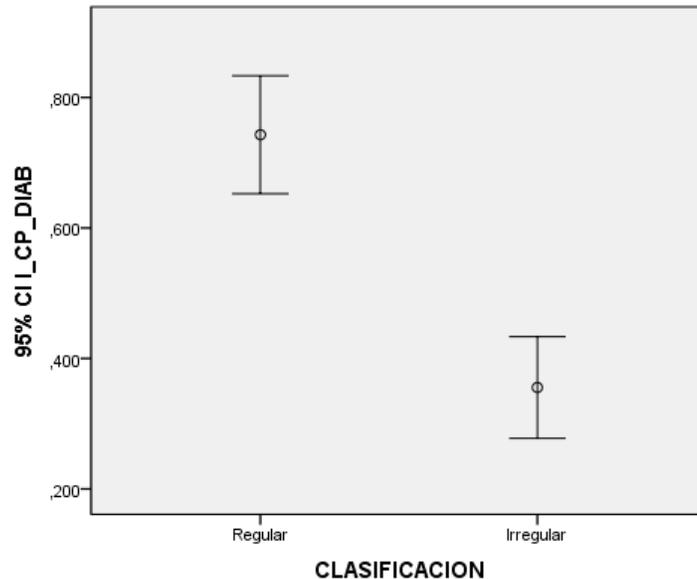
Figura 16. Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) y estilos de vida saludables entre pacientes con asistencia regular e irregular al programa educativo



Fuente: Resultado de esta Investigación

Así los pacientes regulares presentan mayores conocimientos en estilos de vida saludables que los irregulares ($0,630 \pm 0,087$ vs $0,494 \pm 0,095$) con una diferencia estadísticamente significativa de $0,136752$ (IC95% $0,085985$ a $0,187519$), $t(95) = -5.41$, $p < 0,001$.

Figura 17. Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) en pacientes diabéticos con asistencia regular e irregular al programa educativo



Fuente: Resultado de esta Investigación

Respecto a conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) y estilos de vida saludables, los pacientes diabéticos regulares, presentan mayores conocimientos que los irregulares ($0,743 \pm 0,098$ vs $0,356 \pm 0,101$) con una diferencia estadísticamente significativa de $0,387302$ (IC95% $0,27946$ a $0,495143$), $t(95) = 7,7$, $p < 0,001$.

Para el caso del indicador I_CP_HTA Hipertensión al no cumplirse los supuestos de normalidad y homogeneidad se debe utilizar la prueba no paramétrica U de Mann Whitney.

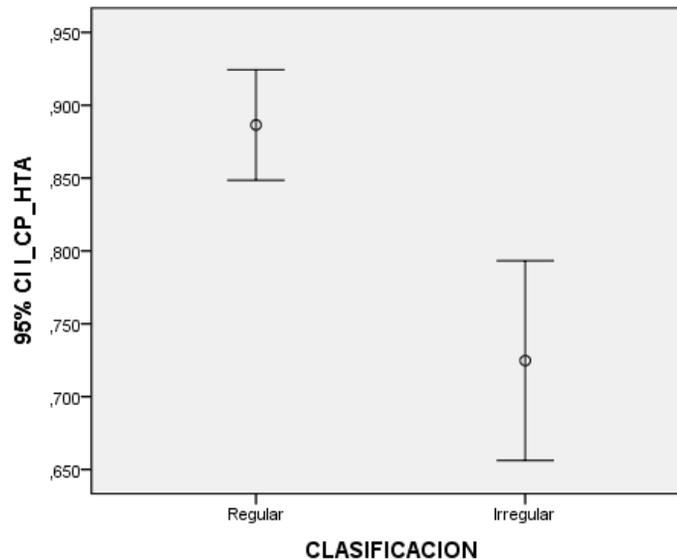
Tabla 12. Estadísticos de prueba entre pacientes con asistencia regular e irregular al programa educativo

| ESTADÍSTICOS DE PRUEBA | |
|------------------------|----------|
| | I_CP_HTA |
| U de Mann-Whitney | 105 |

Sig. asintótica (bilateral) | 0,001

Fuente: Resultado de esta Investigación

Figura 18. Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) entre pacientes hipertensos con asistencia regular e irregular al programa educativo



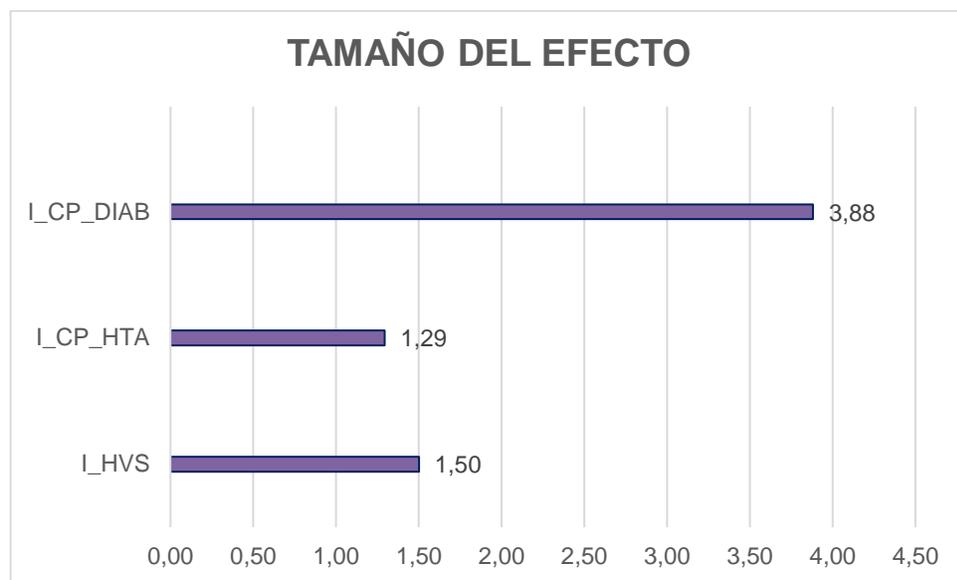
Fuente: Resultado de esta Investigación

Se observa que los conocimientos en hipertensión de los pacientes regulares son mayores que los irregulares ($0,886 \pm 0,088$ vs $0,725 \pm 0,155$) con una diferencia estadísticamente significativa de 0,1617 (IC95% 0,0849 a 0,238), U de Mann-Whitney (95)= 105, $p < 0,001$.

Un complemento necesario a la significancia estadística es la estimación del tamaño del efecto que es la magnitud del resultado, que nos permite ofrecer una estimación del alcance de nuestros hallazgos. En estadística, el tamaño del efecto se refiere a una forma de cuantificar el tamaño de la diferencia entre dos grupos, para el caso de esta investigación nos referimos a el tamaño del efecto que se obtuvo en cada indicador respecto a los grupos de pacientes regulares e irregulares, para esto se utilizó el d de Cohen que representa el número de desviaciones típicas que separan a dos grupos, Cohen dio algunas referencias para interpretar la magnitud de los tamaños del efecto; $d \leq 0,20$: tamaño de efecto no relevante, $d > 0,20$: tamaño del efecto pequeño, $d > 0,50$: tamaño del efecto mediano, $d > 0,80$: tamaño del efecto grande.

El d de Cohen para cada indicador respecto al grupo de pacientes se presenta en la Figura. 20.

Figura 19. Tamaño del efecto (d de Cohen) para Índices CP de Hipertensión, CP diabetes y hábitos de vida saludable en pacientes con asistencia regular e irregular al programa educativo



Fuente: Resultado de esta Investigación

Para los tres índices el tamaño del efecto es $d > 0,8$ eso significa que hay un tamaño del efecto grande en las tres categorías evaluadas respecto a hábitos de vida saludable y conocimientos y prácticas saludables en hipertensión y diabetes, pero para el caso de conocimiento y prácticas en diabetes es $d = 3,88$, lo que significa que hay mayor efecto en esta categoría respecto a las demás, seguido de hábitos y estilos de vida saludables ($d = 1,50$) y por último en conocimientos y prácticas acerca de hipertensión ($d = 1,29$).

Finalmente a través de un modelo lineal generalizado (MLG) se pretende explicar la variación de las variables respuesta (conocimientos, actitudes y prácticas CAP en estilos de vida saludables, conocimientos, actitudes y prácticas CAP en diabetes, conocimientos, actitudes y prácticas CAP en hipertensión arterial) ajustadas a la relación conjunta de las fuentes de variabilidad con el fin de determinar si alguna de las variables sociodemográficas intervienen sobre el efecto de las variables

respuesta respecto a la asociación encontrada entre la participación (clasificación) en el programa (regulares e irregulares) con los Índices de hábitos de vida saludables y conocimientos y prácticas de los pacientes con HTA y Diabetes.

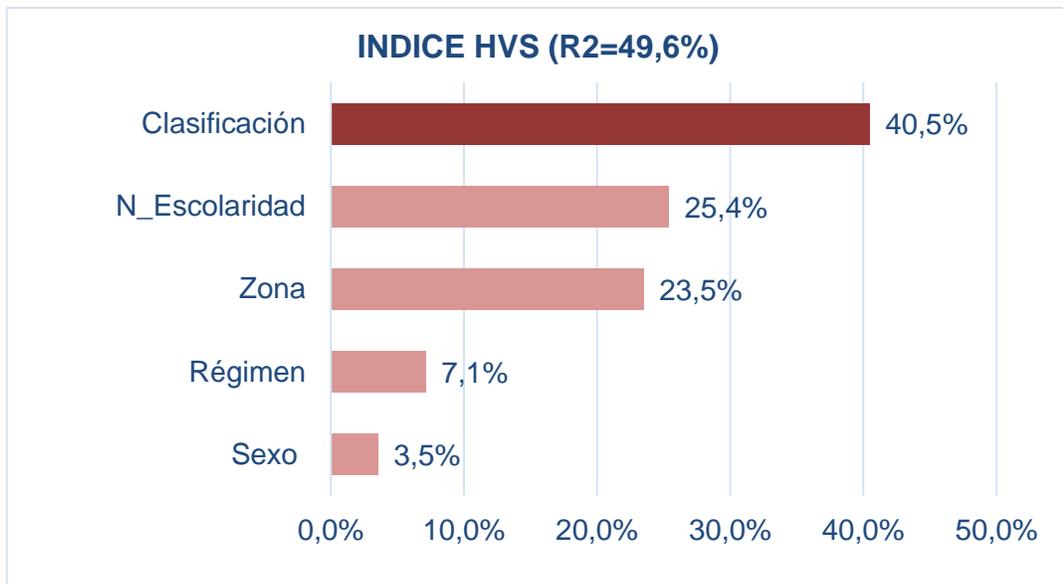
Tabla 13. Efecto de las Variables sobre INDICE HVS del MLG

| Variable | Efecto | % | p valor |
|--------------------------|--------|--------|---------|
| Sexo | 0,038 | 3,5% | 0,801 |
| Régimen | 0,077 | 7,1% | 0,611 |
| Zona | 0,254 | 23,5% | 0,088 |
| Nivel Escolaridad | 0,275 | 25,4% | 0,321 |
| Clasificación | 0,438 | 40,5% | 0,002 |
| Total | 1,083 | 100,0% | - |

Fuente: Resultado de esta Investigación

La tabla 13 muestra el efecto de las variables sociodemográficas junto con la variable clasificación en el MLG sobre el índice de hábitos de vida saludables (HVS) en donde la variable clasificación sigue resultando significativo ($p < 0.05$) a diferencia de las sociodemográficas, en donde el valor $p > 0,05$, por ende, no resultan significativas, por tal razón no son intervinientes en la variable respuesta.

Figura 20. Efecto en % sobre el índice HVS del MLG



Fuente: Resultado de esta Investigación

En la figura 20 se observa el efecto de cada una de las variables sobre el índice HVS del MLG, las variables explican el índice en un 49,6% ($R^2=0.496$) siendo la variable clasificación la de mayor efecto 40,5%, seguido del nivel de escolaridad con

un 25,4% la variable zona, régimen y sexo con un 23.5%, 7.1% y 3.5% respectivamente.

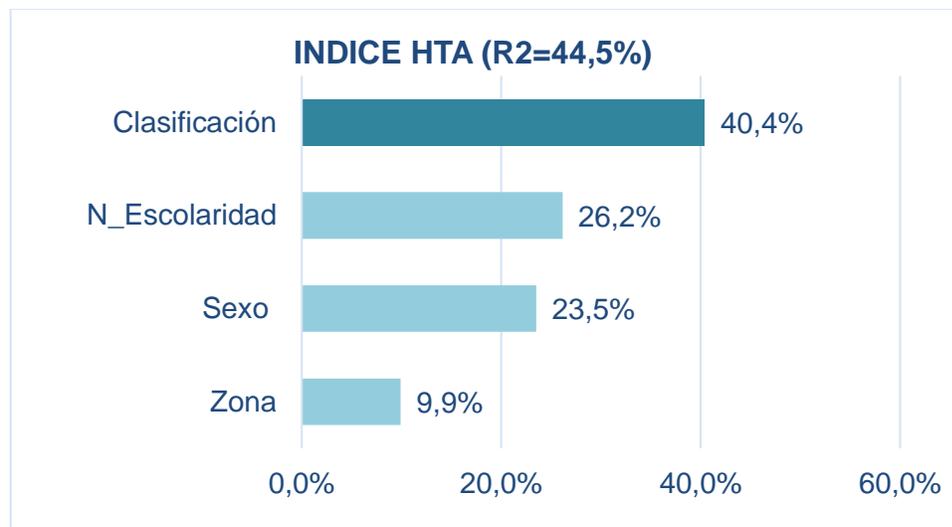
Tabla 14. Efecto de las Variables sobre INDICE CP HTA del MLG

| Variable | Efecto | % | p valor |
|--------------------------|--------|--------|---------|
| Zona | 0,124 | 9,9% | 0,445 |
| Sexo | 0,295 | 23,5% | 0,064 |
| Nivel Escolaridad | 0,328 | 26,2% | 0,222 |
| Clasificación | 0,507 | 40,4% | 0,001 |
| Total | 1,255 | 100,0% | - |

Fuente: Resultado de esta Investigación

La tabla 14 muestra el efecto de las variables sociodemográficas junto con la variable clasificación en el MLG sobre el índice de conocimientos y prácticas en hipertensión arterial (HTA) en donde la variable clasificación sigue resultando significativo ($p=0.001$) a diferencia de las sociodemográficas en donde el valor $p>0,05$ por ende, no resultan significativas, por tal razón no son intervinientes en la variable respuesta.

Figura 21. Efecto en % sobre el índice HTA del MLG



Fuente: Resultado de esta Investigación

En la figura 21 se observa el efecto de cada una de las variables sobre el índice de conocimientos y prácticas en HTA del MLG, las variables explican al índice en un 44,5 % ($R^2=0.445$) siendo la variable clasificación la de mayor efecto 40,4%, seguido del nivel de escolaridad con un 26,2% la variable sexo y zona con un 23.5%, 9,9% respectivamente.

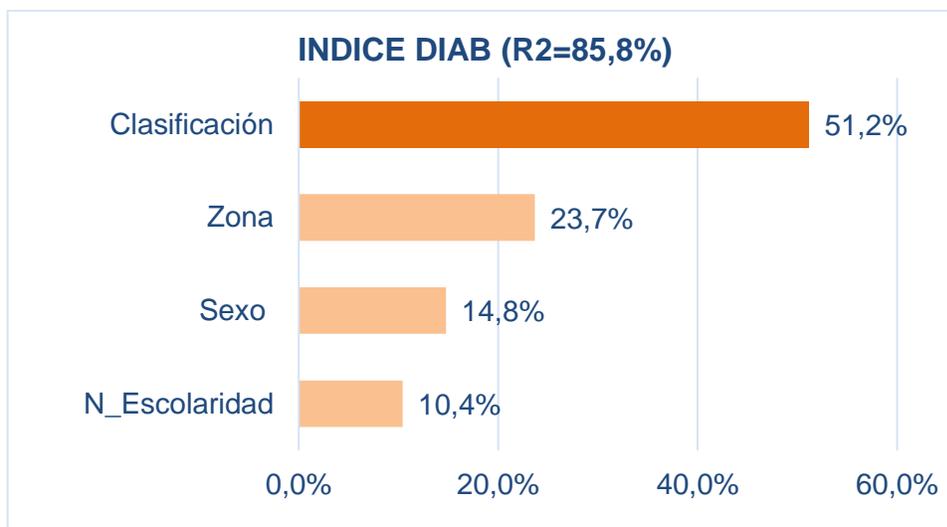
Tabla 15. Efecto de las Variables sobre INDICE CP DIABETES del MLG

| Variable | Efecto | % | p valor |
|--------------------------|--------|--------|---------|
| Nivel Escolaridad | 0,174 | 10,4% | 0,222 |
| Sexo | 0,247 | 14,8% | 0,064 |
| Zona | 0,396 | 23,7% | 0,445 |
| Clasificación | 0,856 | 51,2% | 0,001 |
| Total | 1,674 | 100,0% | - |

Fuente: Resultado de esta Investigación

La tabla 15 muestra el efecto de las variables sociodemográficas junto con la variable clasificación en el MLG sobre el índice conocimientos y prácticas en diabetes (DIAB) en donde la variable clasificación sigue resultando significativa ($p=0.001$) a diferencia de las sociodemográficas en donde el valor $>p0,05$, por ende, no resultan significativas, por tal razón no son intervinientes en la variable respuesta.

Figura 22. Efecto en % sobre el índice CP DIABETES del MLG



Fuente: Resultado de esta Investigación

En la figura 22 se observa el efecto de cada una de las variables sobre el índice de conocimiento y prácticas en diabetes (DIAB) del MLG, las variables explican el índice en un 85,8 % ($R^2=0.858$) siendo la variable clasificación la de mayor efecto con un 51.2%, seguido zona de residencia con un 23,7% y de las variables sexo y nivel de escolaridad con un 14.8% y 10,4% respectivamente.

7. DISCUSION

La presente investigación permitió evaluar el efecto del programa educativo impartido por el personal de enfermería de la E.S.E. Centro de Salud Cuaspud Carlosama, en conocimientos y prácticas de autocuidado y estilos de vida de las personas que hicieron parte del grupo de pacientes crónicos regulares e irregulares con diagnóstico de hipertensión y diabetes mellitus, durante el periodo 2019 – 2020.

Para justificar de una manera más coherente la discusión del presente estudio, es importante citar estudios evaluativos recientes, relacionados con la promoción de la salud, y por ende, conexos con la presente investigación, entre ellos se destacan:

“Diseño, implementación y evaluación de un programa de educación para la salud con personas mayores”⁽⁵⁵⁾ es un estudio desarrollado en el año 2007 donde a través de una mirada crítica, Pino, Ricoy y Portela presentan una evaluación con enfoque mixto, y un estudio de casos múltiples que permitió concluir que la implementación del programa de educación impactó significativamente la calidad de vida de los adultos con los que se trabajó; de igual forma el estudio permitió establecer que las personas mayores tienen arraigadas prácticas malsanas y aunque son conscientes de los riesgos, presentan reticencia para asumir nuevos hábitos de salud aunque les favorezcan. Un aspecto importante a resaltar del estudio, fue la forma positiva como fue recibido el programa por parte de los adultos mayores que participaron del estudio, pues la interacción en grupo y la posibilidad de intercambiar ideas con respecto a sus estilos de vida, les dio el espacio para hablar de sus necesidades de socialización y cómo esta necesidad es cohibida desde el hogar donde por su edad, manifiestan, que no son tenidos en cuenta por parte de su familiares y/o cuidadores; este último hallazgo habla de la salud mental y bienestar que requiere tener un paciente crónico como parte de su proceso, en el manejo de la enfermedad.

Otro estudio evaluativo importante a destacar, corresponde al artículo: “el diseño metodológico de las investigaciones evaluativas relacionadas con la calidad en salud”⁽⁵⁷⁾ el cual hace referencia a una revisión bibliográfica de los conceptos de calidad y evaluación de la calidad de la atención médica o calidad en salud. Se constata la diversidad de conceptos según diferentes autores, pero el más aceptado es del modelo de Avedis Donabedian que en 1986 expuso los resultados de su investigación que se ha convertido en un paradigma, al crear los componentes de la calidad: estructura, proceso y resultados, y es la metodología que actualmente establece la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba (ENSAP). Después de abordar los elementos teóricos e históricos del tema se señalan las dificultades detectadas en investigaciones realizadas en Santiago de Cuba y se emiten algunas recomendaciones metodológicas al respecto, para mejorar los resultados reales del informe final de dichas investigaciones.

Para el presente estudio se tuvieron en cuenta 52 pacientes, 26 regulares (50%) y 26 irregulares (50%) los cuales contaron con tratamientos respectivos para hipertensión y diabetes mellitus, adicional se cuenta con información sobre estilos de vida saludables y autocuidado. Respecto a las condiciones clínicas de los 52 pacientes el 69.2% presentan sobrepeso u obesidad tipo I, el 36,5% presentan hipertensión normal, para la glicemia en los pacientes reportados en el estudio el 63,5% tiene buen control de esta, mientras que el 28,8% tienen una HbA1c mayor a 6.5%.

Realizando un análisis comparativo para pacientes regulares e irregulares respecto a las condiciones clínicas hay mayor prevalencia de hipertensión grado II para los pacientes regulares respecto a los irregulares, mientras que para el IMC solo pacientes regulares presentan obesidad mórbida, en la condición clínica hemoglobina glicosilada Hglu se observa que para un HbA1c mayor a 6.5%, tenemos que el 53.3% son pacientes irregulares y 46,6%, corresponde a regulares.

Respecto a las variables sociodemográficas la mayoría de las pacientes pertenecen al sexo femenino (65,4%), viven en zona urbana, el 69,2% son casados y el 98,1% pertenecen al régimen subsidiado con una mayoría en ocupación de quehaceres domésticos QQDD (65,4%) y con primaria incompleta representando un 53,8%.

Con respecto a las condiciones clínicas; existen artículos semejantes al presente con respecto a la prevalencia de hipertensión grado II, entre ellos se destaca el estudio: "Intervención educativa sobre hipertensión arterial en pacientes geriátricos"⁽⁶⁰⁾ ya que, la hipertensión arterial (HTA) constituye el primer factor de riesgo cardiovascular en pacientes geriátricos. El objetivo del presente estudio fue elevar el nivel de conocimientos sobre hipertensión arterial en un grupo de pacientes geriátricos; por esta razón, se realizó un estudio de intervención educativa con diseño cuantitativo del local # 40 del Policlínico Joaquín de Agüero y Agüero de Camagüey - Cuba entre noviembre 2005 y mayo de 2007. El universo del trabajo estuvo conformado por 70 adultos mayores dispensarizados, la muestra quedó formada por 55 de ellos, a los que se les aplicó una encuesta inicial para identificar las necesidades de aprendizaje sobre hipertensión arterial; dando como resultado que al inicio el nivel de conocimientos era regular en el 49,1% de los pacientes y mal en el 43,3 %, se lograron revertir estos resultados para el segundo corte, donde el 89.1% alcanza la calificación de bien en la evaluación cualitativa. Inicialmente fueron identificados errores conceptuales y desconocimiento en varios aspectos. Para el segundo corte todos estos aspectos fueron mejorados, más del 80% de los adultos mayores respondió correctamente; para tal efecto, se evidenció la utilidad de las intervenciones educativas en aras de incrementar los conocimientos de los adultos mayores en relación al tratamiento no farmacológico de la HTA.

Cabe recalcar que en este estudio, en cuanto a la composición de la muestra según grupos de edades el grupo etáreo que predominó fue el de 70 a 74 años de edad con un 28,4 % para el sexo masculino, se evidenció la prevalencia del mismo con

un 58,1 %. El sexo femenino estuvo representado por el 41,8 % y el grupo de edad que predominó fue el de 65 a 69 años, con un 21,8 %. Muchas razones llevaron a la selección de este grupo de edades para ensayar un modelo de prevención primaria en relación a la hipertensión arterial; por tal razón, se demostró que 35 adultos mayores tenían antecedentes patológicos familiares de HTA para un 63,6 %, de acuerdo con lo anterior la condición de poseer antecedentes patológicos familiares (APF) de HTA incrementa en casi 20 veces la posibilidad de que aparezca la HTA; y esto se evidencia claramente en la presente investigación en donde más del 50% de los pacientes regulares e irregulares que hacen parte del club de hipertensos y diabéticos de la E.S.E. Centro de Salud Cuaspud Carlosama presentan elevadas tensiones arteriales oscilando entre los grados I y II.

De los integrantes al programa de hipertensos y diabéticos de la institución el 96,2% de los pacientes irregulares manifiestan que nunca asisten y el 3,8% algunas veces; de los regulares el 46,1% asisten siempre o casi siempre, de los que asisten algunas veces el 26,9% de los regulares no lo hacen porque siempre repiten lo mismo, de los que asisten la mayoría califican las temáticas como buenas (38,5%) y muy buenas (34,6%) y los contenidos para ellos son claros (53,8%), y consideran que la duración con mayor frecuencia es de 60 minutos (57,7%), confrontando que el tiempo es suficiente con el 80,8%; por otro particular, reconocen que el material metodológico utilizado por el personal de enfermería con mayor frecuencia en las charlas educativos son la exposición y carteles (65,4%), el 42,3 % manifiestan que las temáticas son innovadoras, y siendo la bailoterapia la metodología que más les gusta (69,2%).

Con respecto al resultado anterior se puede deducir que las metodologías educativas al momento de educar a éste tipo de población; como lo son las personas que padecen de hipertensión arterial y diabetes; son claves para el autocuidado. Como referente, el estudio evaluativo: "Educación en salud para promover autocuidado en personas con Diabetes tipo 2 durante su hospitalización" ⁽⁵⁹⁾; cuyo objetivo fue evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes hospitalizados de una IPS de tercer nivel con Diabetes tipo 2 antes y después de una intervención en salud, obtuvo como resultado que las metodologías educativas en salud influyen directamente en el autocuidado. Estudio prospectivo, cuasi experimental pre-test, post test con un solo grupo poblacional de 76 pacientes; se empleó la escala de valoración de agencia de autocuidado (ASA) con un alfa de CronBach de 0,74 para la medición de autocuidado; se diseñó un video como intervención de educación en salud para promover el autocuidado; obteniendo como resultado antes de la intervención, el 87,3% de la población de estudio presentó baja capacidad de agencia de autocuidado. Sin embargo, este porcentaje se redujo a 45,9% después de la intervención; por lo tanto, del presente estudio se pudo concluir que la educación en salud durante la hospitalización de pacientes con diabetes tipo 2, genera cambios positivos en su autocuidado, por cuanto incentiva estilos de vida saludables y estimula a los profesionales en salud a brindar un cuidado de estos pacientes con un enfoque en educación en salud.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en el presente estudio, se puede concluir que la educación para la salud es de vital importancia para estos grupos, ya que, por medio de ella se induce al autocuidado; por tal razón, el estudio evaluativo: “percepción de las actividades de educación para la salud en un grupo de personas que asisten a programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad cardiovascular Bogotá, D.C. noviembre a diciembre de 2009 de la autora Carolina Huertas Pedraza” ⁽⁵⁶⁾ confronta éste postulado. El estudio surgió de la necesidad de la investigadora por plantear desde “otras perspectivas”; las de los individuos objetos de las acciones; de los programas de educación para el cuidado de la salud cardiovascular, cuales son en general la o las motivaciones hacia el inicio de cambios de hábitos que les permitan mantener y propiciar niveles óptimos para su salud cardiovascular, así como determinar si el proceso que se realiza para ello desde este tipo de actividades en el rol que corresponde al cuidado de enfermería, es acorde a las expectativas y necesidades de los individuos o comunidades objeto de ello y conocer cuánto la tradición, el contexto y los conocimientos influyen en la asunción y responsabilidad del comportamiento y control de las acciones encaminadas al cuidado de la salud.

Con respecto a los hábitos y estilos de vida saludables de los pacientes regulares que hicieron parte del presente estudio, se concluye que el 46.2% casi siempre realizan actividad física (caminar, subir escaleras, trabajo de la casa); de los pacientes irregulares el 19.2% nunca practican actividad física, al menos 30 minutos al día y algunas veces su alimentación es balanceada (57,7%), el 53,8% considera que algunas veces ingiere tres de los siguientes alimentos por día: frutas frescas, verduras, granos enteros, alimentos sin procesar. Por otra parte, los pacientes regulares el 61,5% casi nunca consume azúcar, mientras que la mayoría de los irregulares (46,2%) casi siempre lo hacen y el 73.1% de los regulares casi nunca consume mucha sal, mientras que los irregulares el 50% casi siempre la consumen.

Con respecto al consumo de alimentos con exceso de grasa el 69.2% de pacientes regulares como irregulares lo hacen casi siempre; con relación al control médico en los últimos 6 meses el 69,2% de los usuarios regulares lo hace casi siempre, mientras los irregulares acuden únicamente el 50%. El 42.3% de los pacientes regulares controla oportunamente su presión arterial en su casa casi siempre y el 46.2% de los irregulares lo hacen algunas veces y casi nunca respectivamente; por otra parte, el 69.2% de los pacientes regulares y el 65.4% de los irregulares nunca controlan su glicemia en casa.

Desde otro ámbito de los estilos y hábitos de vida saludables, el 88.5% de pacientes regulares como irregulares nunca consumen cigarrillos, tabacos y alcohol; con respecto a la toma oportuna de medicamentos formulados por el médico tratante del Centro de Salud Cuaspud Carlosama, el 88.5% de los usuarios regulares lo hacen siempre frente a los irregulares con un 61.5%. El 61.5% de los pacientes regulares que hicieron parte del estudio algunas veces en algún momento de sus

vidas manifestaron sentirse cansados, estresados, angustiados y sin metas; frente a un 53.8% de los irregulares que lo padecen casi siempre.

Además, el 42.3% de los pacientes regulares duermen casi siempre entre 7 a 8 horas diarias habitualmente con respecto a los irregulares en donde el 50% lo hace algunas veces. El 65.4% de los usuarios regulares algunas veces en su tiempo libre lee, escribe, mira televisión, escucha música o práctica algún deporte; mientras que el 46.2% de los irregulares frente a éste hábito lo hacen casi nunca. Desafortunadamente, con relación a las caminatas, paseos y visitas al cine en su tiempo libre, el 42.3% de pacientes regulares lo hacen casi nunca y algunas veces; mientras que el 53.8% de los irregulares nunca realiza a estas actividades debido a las limitaciones ocasionadas por el Covid – 19.

El 88.5% de los pacientes regulares considera que ha tenido un estilo de vida saludable o ha implementado algún cambio en su conducta respecto a la salud, mientras que los irregulares manifiestan que el 73,1 % solo lo ha considerado y el 7,7% no está interesado en modificar su estilo de vida.

Por otra parte, para contrastar y correlacionar con los hábitos y estilos de vida saludables encontrados en los integrantes del club de hipertensos y diabéticos de la E.S.E. Cuaspud Carlosama, cabe mencionar el artículo científico: “Estrategia educativa sobre hipertensión arterial para adultos mayores de un consultorio del Policlínico Previsor” ⁽⁶¹⁾; enfocada en la promoción y adopción de hábitos, conocimientos y prácticas saludables. Se realizó un estudio de intervención educativa cuasi-experimental para incrementar el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial de adultos mayores de un consultorio del Policlínico Universitario Previsor, Camagüey, de febrero de 2009 a febrero de 2010. El universo fue de 82 pacientes y la muestra quedó conformada por 38 personas a las que se aplicó una encuesta para identificar las necesidades de aprendizaje sobre la enfermedad. Posteriormente se empleó un programa instructivo a partir de técnicas participativas. Transcurridos 90 días se aplicó una segunda encuesta para verificar la eficacia de la intervención y se constató un aumento de las respuestas correctas en los factores de riesgo y tratamiento. Al final del estudio la mayor parte de los participantes fueron evaluados de bien, lo que ratifica la utilidad y eficacia de la intervención de la educación en salud.

Para fundamentar el resultado anterior es importante hacer referencia a la importancia de la educación en salud, por lo tanto, desde este punto de vista la educación para la salud es un proceso de desarrollo del fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La educación para la salud incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo. ⁽⁴⁴⁾.

Por otro particular, tanto en los estudios: “estrategia educativa sobre hipertensión arterial para adultos mayores de un consultorio del policlínico previsor” de Camagüey – Cuba febrero 2009 - febrero 2010; como “efecto en los conocimientos y prácticas de autocuidado y estilos de vida saludables del programa educativo impartido por el personal de enfermería de la E.S.E. Centro de Salud Cuaspud Carlosama, a las personas hipertensas y diabéticas durante el período 2019 – 2020”; se evidenció la utilidad de las intervenciones educativas en aras de incrementar los conocimientos de los adultos mayores en relación al tratamiento no farmacológico de la HTA.

Además, la aplicación de programas educativos como el que se llevó a cabo en la E.S.E. Cuaspud Carlosama demostró tener influencia en cuanto a la adherencia al tratamiento tanto en pacientes diabéticos como hipertensos regulares, por lo cual es muy importante dar a conocer a éstos sobre los beneficios del tratamiento en cuanto a la prevención de complicaciones por su patología. Ante los problemas actuales que afronta nuestro país una limitación podría ser las dificultades para el acceso de los medicamentos, que pudiera distorsionar algunos resultados.

Teniendo en cuenta que la educación y comunicación para la salud es una dimensión constitutiva de los procesos de salud y promoción de los estilos y hábitos de vida saludables; los primeros planteamientos concebían a la comunicación en salud desde una perspectiva instrumental, que la concebía como un proceso de transmisión unidireccional de información y conocimientos con fines educativos y persuasivos; por esta razón en las últimas décadas, esa concepción de la educación y comunicación para la salud ha evolucionado en un sentido estratégico y relacional, centrada en los procesos de interacción y construcción social de sentido basados en el reconocimiento de las particularidades sociales y culturales de los diferentes actores implicados en los procesos de salud.

Para medir la efectividad del programa se crearon indicadores con las preguntas correspondientes al conocimiento del programa, estos indicadores fueron I_HVS estilos de vida saludables y I_CP_DIAB Diabetes y I_CP_HTA Hipertensión para los cuales se observó si existe asociación con los pacientes regulares e irregulares, aplicando las prueba t de Student para los indicadores I_HVS estilos de vida saludables y I_CP_DIAB Diabetes se observó que existen diferencia estadísticamente significativas, resultado que los pacientes regulares tienen mayor conocimiento que los pacientes irregulares, y la prueba no paramétrica U de Mann Whitney para el indicador _CP_HTA Hipertensión, pero donde como resultado que respecto a conocimiento en hipertensión las diferencias son estadísticamente significativas, siendo mayores para los pacientes de asistencia regular.

Para confrontar este resultado significativo de la presente tesis se trae a colación el estudio evaluativo: “hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2: impacto educativo en la calidad de vida de los pacientes” ⁽⁵⁸⁾, cuyo objetivo fue evaluar el impacto educativo en pacientes de consulta externa del servicio de medicina interna

del Hospital Central del Instituto Venezolano de Seguro Social (IVSS) “Dr. Miguel Pérez Carreño”, durante el periodo comprendido entre enero a octubre del 2017 con Diabetes Mellitus tipo 2 (DMT2) e Hipertensión arterial (HTA), y su efecto en la calidad de vida. En el presente estudio participaron 314 pacientes, distribuidos en un grupo estudio (n = 160) y grupo control (n = 154). Sin diferencias en edad ($p = 0,491$) y sexo ($p = 0,747$). En la calidad de vida de pacientes DM entre pre y post charla, en cada grupo, sin diferencias entre grupos en pre-charla ($p = 0,869$), pero sí en post-charla ($p = 0,001$), siendo calidad de vida más alta en el grupo estudio (98,2%) que en grupo control (76,9%). Al evaluar los cambios entre pre y post charla, se observó que pre charla en el grupo estudio tuvo 86% de alta calidad de vida, posterior aumentó a 98,2%, cambio estadístico ($p = 0,008$), en grupo control en cambio, la calidad de vida pre charla fue 87% pasó a 76,9% posterior a ésta, aun así, fue un cambio significativo ($p = 0,025$) La calidad de vida en HTA, sin diferencias en pre y post charla. La comparación entre pre charla y post charla, en el grupo estudio, no tuvo cambios ($p = 0,157$) como igualmente en el grupo control ($p = 0,317$). Del presente estudio se demostró el impacto positivo de un plan educativo en calidad de vida de los pacientes con diabetes, mas no en pacientes hipertensos; por tal razón, se puede concluir que la educación en salud para éste tipo de pacientes es vital para mejorar su calidad de vida.

De lo anterior, se infiere que a pesar de que la mayoría de pacientes casi nunca asisten a los programas de conocimiento y autocuidado, observando los pacientes regulares e irregulares existe efectividad de dichos programas puesto que se observó que la calificación en dichos conocimientos es más alta en pacientes con asistencia regular con respecto a los irregulares.

La fundamentación científica del presente estudio en relación con los resultados obtenidos es importante recalcar que la Educación para la Salud designa “las ocasiones de aprendizaje deliberadamente puestas en marcha para facilitar los cambios de comportamiento en vista de alcanzar un objetivo determinado con anticipación” ⁽⁶⁷⁾. Tal proceso ayuda a los individuos y a los grupos a tomar conciencia de los problemas que pueden constituir una amenaza a su calidad de vida y los incita a crear y a reivindicar condiciones favorables a su salud. Además “la Educación para la Salud es un proceso planificado y sistemático de comunicación y de enseñanza aprendizaje orientado a hacer fácil la adquisición, elección y mantenimiento de las prácticas saludables y hacer difíciles las prácticas de riesgo” ⁽⁴³⁾.

En este contexto la Educación para la Salud es una estrategia fundamental para la promoción de la salud y específicamente, para promover comportamientos y por ende estilos de vida saludables en la población. En un sentido más amplio “la Educación para la Salud es toda actividad libremente elegida que participa en un aprendizaje de la salud o de la enfermedad, es decir, es un cambio relativamente permanente de las disposiciones o de las capacidades del sujeto. Una educación para la salud, eficaz, puede así producir cambios a nivel de los conocimientos, de

la comprensión o de las maneras de pensar; puede influenciar o clarificar los valores; puede determinar cambios de actitudes y de creencias; puede facilitar la adquisición de competencias; incluso puede producir cambios de comportamientos o de modos de vida”.⁽⁴⁴⁾.

Por tal razón; la Educación para la Salud, apunta a proponer cambios de hábitos dañinos por saludables. En este orden de ideas, mediante esta estrategia en el programa educativo dirigido a pacientes hipertensos y diabéticos de la ESE Cuaspud Carlosama se han impulsado nuevas formas de participación y comunicación humana a través de cartillas, talleres de sensibilización, obras teatrales, historias de vida, títeres, sociodramas y diferentes dinámicas que han apoyado las capacitaciones, en donde la promoción no se ha trabajado como señal de peligro, sino para seducir, para hacer una invitación a reemplazar las opciones de placer por unas nuevas, más saludables. Una invitación a combinar la elección personal con la responsabilidad social de nuestro cuerpo.

La Educación para la Salud, también tiene que ver con la persona y su propia identidad. Con respecto a la promoción y prevención de la salud, en nuestro medio se ha enfocado en lo exterior: vitaminas, descanso, ejercicio, no fumar, no beber, etc., y no se ha interiorizado en la comunicación de la unidad: cuerpo – mente – espíritu, fundamental para el autocuidado. Por tal razón, por medio de esta estrategia se pretende educar a los individuos para que sean autónomos, dueños y responsables de su propio cuerpo, es decir, para que tomen conciencia de sí mismos y acepten la responsabilidad de conocerse mejor que nadie, porque en caso contrario buscaran la salud en otra parte: en un médico, un medicamento, o un tratamiento, como desafortunadamente se lo ha hecho. ¡Por lo tanto, cambiemos esos hábitos dañinos que nos están consumiendo en vida por unos saludables!.

Finalmente, se podría inferir que, en las últimas décadas, la Educación para la Salud está gestando procesos comunicacionales estratégicos para promocionar la salud y prevenir las enfermedades, pues mediante este campo de acción, se informa, se educa y se moviliza a la población, con la finalidad de incitar al autocuidado, y a la adquisición de hábitos y estilos de vida saludables.

8. CONCLUSIONES

- Al finalizar el presente trabajo de investigación se concluyó que la educación en salud es vital para la promoción de la salud y prevención de las enfermedades; además es un área básica en cuanto al quehacer del profesional de enfermería.
- Para la presente investigación se tuvieron en cuenta tres indicadores en conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) en estilos de vida saludables, hipertensión arterial y diabetes mellitus, aplicados mediante técnicas estadísticas univariadas, bivariadas y multivariadas respectivamente (prueba de Shapiro-Wilk, prueba de Levene, prueba paramétrica t de Student, prueba no paramétrica de U de Mann Whitney, d de Cohen, Modelo Lineal Generalizado MLG), obteniendo como resultado mayores conocimientos y hábitos y estilos de vida saludables en pacientes regulares frente a irregulares; por tal razón, se concluye que la educación en salud es fundamental en pacientes que poseen una enfermedad crónica no transmisible como la hipertensión y la diabetes, ya que, coadyuvan a tener una mejor calidad de vida en éste tipo de usuarios.
- Con respecto a la metodología utilizada por parte del personal de enfermería que hace parte del programa educativo del club de hipertensos y diabéticos de la E.S.E. Centro de Salud Cuaspud Carlosama, al momento de educar a los usuarios se puede inferir que es tradicional y magistral, es decir, no se usan herramientas y técnicas educativas estratégicas que inciten al autocuidado y adquisición de estilos y hábitos saludables. Cabe aclarar que entre las estrategias educativas más demandas por los integrantes del club fueron la bailoterapia y las manualidades.
- También se puede concluir que los usuarios del programa educativo del club de hipertensos y diabéticos de la E.S.E. Cuaspud Carlosama que asisten de manera regular a las sesiones educativas, sí escuchan las charlas educativas emitidas por el personal de enfermería, además a ellos, las temáticas y los contenidos educativos les parecen claros y de alguna manera han incitado a la adopción de estilos de vida saludables, por tal razón, el 88.5% de los pacientes regulares considera que ha tenido un estilo de vida saludable o ha implementado algún cambio en su conducta respecto a la salud, mientras que los irregulares manifiestan que el 73,1 % solo lo ha considerado y el 7,7% no está interesado en modificar su estilo de vida.
- A pesar de que el programa educativo en mención se enfocó en alimentación sana, actividad física, autocuidado y adquisición de hábitos y estilos de vida saludables, por encima del 50% de los encuestados se evidencia altos grados de prehipertensión y de obesidad; siendo la incidencia más alta en

pacientes irregulares que regulares. Con este postulado nuevamente se confirma que el programa obtuvo un efecto del tamaño significativo en relación a los dos grupos comparados. Para medir el efecto del tamaño del programa se utilizó la prueba el d de Cohen, en estadística, el tamaño del efecto se refiere a una forma de cuantificar el tamaño de la diferencia entre dos grupos, para el caso de esta investigación nos referimos al tamaño del efecto que se obtuvo en cada indicador respecto a los grupos de pacientes regulares e irregulares, para los tres índices (conocimientos, actitudes y prácticas CAP en estilos y hábitos de vida saludables, conocimientos, actitudes y prácticas CAP en hipertensión arterial, conocimientos, actitudes y prácticas CAP en diabetes) el tamaño del efecto es $d > 0,8$ eso significa que hay un tamaño del efecto grande en las tres categorías evaluadas respecto a hábitos de vida saludables y conocimientos y prácticas saludables en hipertensión y diabetes, pero para el caso de conocimientos y prácticas en diabetes es $d = 3.88$, lo que significa que hay mayor efecto en esta categoría respecto a las demás, seguido de hábitos y estilos de vida saludables ($d = 1.50$) y por último en conocimientos y prácticas acerca de hipertensión ($d = 1.29$).

9. RECOMENDACIONES

- Mediante el presente trabajo de investigación se recomienda al personal de enfermería que hace parte del programa educativo club de hipertensos y diabéticos de la E.S.E. Cuaspud Carlosama, utilizar mejores estrategias y herramientas educativas a la hora de educar a estos usuarios que asisten a las sesiones educativas, basándose en la resolución 3280 del 2018, la cual hace referencia a las rutas integrales de atención en salud en todo el territorio colombiano.
- Por otro particular, es importante que al momento de educar se deba utilizar un lenguaje claro y sencillo para que de esta manera los usuarios entiendan las temáticas tratadas y de esta manera adquieran estilos de vida saludables.
- También es vital que a la hora de educar se tengan en cuenta temáticas de actualidad y de innovación, ya que de alguna manera los temas tratados durante el período comprendido 2019 – 2020 fueron repetitivos y poco dinámicos. Cabe mencionar que para el programa de enfermedades crónicas no transmisibles, la educación en salud se basa en alimentación saludable, actividad física, manejo del estrés y la ansiedad y tratamientos farmacológicos.
- Finalmente, se recomienda a la gerente y al personal directivo del programa, que se utilicen mejores estrategias de inclusión y difusión del programa educativo, ya que, en el período 2019 – 2020 contemplado en el presente estudio, de los 101 usuarios que hicieron parte del programa, únicamente 26 asistieron de manera regular las sesiones educativas; evidenciándose que la procedencia y asistencia es mayor la del casco urbano frente al rural.

10. REFERENCIAS

1. Organización Médica Colegial de España OMC. Médicos y pacientes.com. Madrid – España: OMC; 2021. [Internet]. [Citado 2021 Julio 22]. Disponible en: <http://www.medicosypacientes.com/articulo/la-oms-difunde-nuevas-directrices-sobre-autocuidados-como-complemento-de-la-atencion-de>
2. López F, Rato A. Guía metodológica para el diseño y aplicación de encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) sobre acceso a recursos genéticos y participación en beneficios (APB). Panamá: Global ABS PNUD-GEF; 2020. Pág. 37. [Internet]. [Citado 2021 Julio 22]. Disponible en: https://community.abs-sustainabledevelopment.net/wp-content/uploads/2020/07/Gu%C3%ADa-Metodol%C3%B3gica-de-Encuestas-CAP-KAP22072020ALC_organized.pdf
3. Barquilla A. Actualización breve en diabetes para médicos de atención primaria. Revista Española de Sanidad Penitenciaria. 2017; 19: 57-65. [Internet]. [Citado 2021 Julio 22]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v19n2/es_04_revisión.pdf
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Promoción de la Salud Glosario. Ginebra: World Health Organization; 1998. Pág. 35. [Internet]. [Citado 2021 Julio 24]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=4847DA4DB3DDDDC7CF4272420E639C20?sequence=1
5. Herrera M, Landaeta M, Candela Y. Enfermedades Crónicas. Observatorio Venezolano de la Salud. 2016; 4(1): 1-3. [Internet]. [Citado 2021 Julio 22]. Disponible en: <https://www.ovsalud.org/descargas/boletines/Enfermedades-cronicas.pdf>
6. Secretaría de Cultura; Tierra Adentro. Estilos de vida saludable o delegar la responsabilidad de la salud en el individuo. México D.F.; 2016. [Internet]. [Citado 2021 Julio 22]. Disponible en: <https://www.tierraadentro.cultura.gob.mx/estilo-de-vida-saludable-o-delegar-la-responsabilidad-de-la-salud-en-el-individuo/>
7. Rojas E, Molina E. Definición, clasificación y diagnóstico de la Diabetes Mellitus. Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo. 2012; 10(1): 7-12. [Internet]. [Citado 2021 Julio 22]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3755/375540232003.pdf>
8. Velásquez S. Programa Institucional: Actividades de Educación para una Vida Saludable. Hidalgo – México: Editorial Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2019. Pág. 16. [Internet]. [Citado 2021 Julio 24]. Disponible en: https://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI_Lectura/licenciatura/documentos/LECT103.pdf

9. Rodríguez M. ¿Qué es la Hemoglobina Glucosilada? Diabetes al Día. 2021; 1(1): 1-4. [Internet]. [Citado 2021 Julio 24]. Disponible en: <https://www.diabetesaldia.info/comprendiendo-la-hemoglobina-glicosilada/>
10. Organización Mundial de la Salud OMS. Hipertensión. Ginebra – Suiza: OMS; 2021. [Internet]. [Citado 2021 Julio 22]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
11. Aguilera C, Busquets J, Venegas P. Obesidad: ¿Factor de Riesgo o Enfermedad?. Revista Médica de Chile. 2019; 147: 470-474. [Internet]. [Citado 2021 Julio 22]. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v147n4/0717-6163-rmc-147-04-0470.pdf>
12. Lizaraso C, Frank R, Mori E. Hacia una nueva medicina preventiva. Horizonte Médico. 2016; 16(1): 4-5. [Internet]. [Citado 2021 Julio 24]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2016000200001
13. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. EPS. Educación para la Salud. Gobierno de México; 2018. [Internet]. [Citado 2020 Noviembre 18]. Disponible en: <https://www.epsnutricion.com.mx/quienes.php>
14. Organización Mundial de la Salud OMS, Centro de Prensa, Ginebra – Suiza: OMS; 2018. [Internet]. [Citado 2020 Agosto 15]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
15. Organización Mundial de la Salud OMS. Prevención de la Enfermedades Crónicas : Una Inversión Vital. Panorama General Ginebra – Suiza: OMS; 2005. [Internet]. [Citado 2020 Noviembre 18]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43377>
16. Cuenta de Alto Costo. Situación de la Enfermedad Renal Crónica, la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus en Colombia 2020 Anual. Bogotá D.C.: CAC; 2021. [Internet]. [Citado 2020 octubre 21]. Disponible en: <https://consultorsalud.com/wp-content/uploads/2021/07/Situacion-HTA-DM-y-ERC-.pdf>
17. Casas A, Congote J. Salud y Salud Pública, Aproximaciones Históricas y Epistemológicas. Medellín: Hombre Nuevo Editores; 2013, Pág. 201. [Citado 2020 octubre 21]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=718738>
18. Álvarez R. Salud Pública y Medicina Preventiva. México: Editorial el Manual Moderno; 2018. Pág. 453.
19. Rojas R. Capitalismo y Enfermedad. México: Editorial Plaza y Valdez. 2000. Pág. 299. [Citado 2020 octubre 21]. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjRop_t0cLzAhX0STABHRd1BSAQFnoECAMQAQ&url=https%3A%2F%2Fraulrojassoriano.com%2Fcuallitlanezi%2Fwp-content%2Fthemes%2Fraulrojassoriano%2Fassets%2Flibros%2Fcapitalismo-enfermedad-rojas-soriano.pdf&usg=AOvVaw3XPIT4peO3s4Fm8L1EmYW7

20. Frenk J. La Salud Pública: Campo del Conocimiento y Ámbito para la Acción. México: Editorial Salud Pública. 1988; 30: 246-254. [Internet]. [Citado 2020 Noviembre 18]. Disponible en: <file:///C:/Users/Equipo/Downloads/197-Texto%20del%20art%C3%ADculo-252-1-10-20141110.pdf>
21. Guerrero L, León A. Aproximación al Concepto de Salud: Revisión Histórica. Fermentum Revista Venezolana de Sociología y Antropología; 2008; 18(53): 610-633. [Internet]. [Citado 2020 Enero 15]. (Internet). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/705/70517572010.pdf>
22. Terris M. Últimas Palabras y Definiciones de Salud Pública de Milton Terris. Revista Facultad Nacional de Salud Pública Universidad de Antioquia. 2003; 21 (2): 135-139. [Internet]. [Citado 2020 Agosto 15]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/120/12021214.pdf>
23. Gómez H. Fundamentos Éticos de la Salud Pública. Medellín: Universidad de Antioquia; 1987. Pág. 216. [Internet]. [Citado 2019 Agosto 12]. Disponible en: https://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/fea72810-e0f6-44f4-ba18-9d932411d04b/fundamentos_eticos_sp_hag.pdf?MOD=AJPERES
24. Testa M. Decidir en Salud: ¿Quién?, ¿Cómo? y ¿Por qué? Revista Salud Colectiva. 2007; 3(3): 247-257. [Internet]. [Citado 2019 Agosto 12]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/731/73130303.pdf>
25. Cardona J. La Salud Pública en Período de Crisis. Revista Facultad Nacional de Salud Pública Universidad de Antioquia. 1998; 16(1): 77-90. [Internet]. [Citado 2020 Febrero 08]. Disponible en: <file:///C:/Users/Equipo/Downloads/13407-Texto%20del%20articulo-42909-2-10-20210715.pdf>
26. Ruiz I. OPS (Organización Panamericana de la Salud). Curso Virtual Funciones Esenciales de Salud Pública sobre Promoción de la Salud. Módulo 4 “Estrategias claves en Salud Pública”. Lectura “Promoción de la Salud”. Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba. 2010; Pág. 1-17. [Internet]. [Citado 2020 Febrero 08]. Disponible en: https://saludpublicaiiunahvs.files.wordpress.com/2016/08/fesp-3-promocion_de_la_salud.pdf
27. Molina M, Ramírez A. Tensiones en las decisiones de Salud Pública en el Sistema de Salud Colombiano: el bien común en confrontación con los intereses y prácticas particulares. Medellín: Pulso y Letra Editores; 2014, Pág. 499.
28. Organización Panamericana de la Salud (OPS) / Organización Mundial de la Salud (OMS). Plan de Acción para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles en las Américas 2013-2019. Washington: OPS Editores; 2014. Pág. 64. [Internet]. [Citado 2020 Julio 15]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/plan-accion-prevencion-control-ent-americas.pdf>
29. Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue. Plan Andino para la Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles 2018-2022. La Paz: ORAS-CONHU Editores; 2018. Pág. 47. [Internet]. [Citado 2020 Julio

- 15]. Disponible en:
https://orasconhu.org/portal/sites/default/files/Plan%20Andino%20ENT_Versi%C3%B3n%2030_Oct_2018_Cr%C3%A9ditos.pdf
30. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia Colciencias (MSPS). Guía de Práctica Clínica Hipertensión Arterial Primaria (HTA). Bogotá: IETS (Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud) Editores; 2013. Pág. 36. [Internet]. [Citado 2020 Septiembre 22]. Disponible en:
https://medicosgeneralescolombianos.com/images/Guias_2013/gpc_18prof_sal_hta.pdf
31. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia Colciencias (MSPS). Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento de los Pacientes Mayores de 15 años con Diabetes Mellitus Tipo 1. Bogotá: IETS (Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud) Editores; 2016. Pág. 533. [Internet]. [Citado 2020 Septiembre 22]. Disponible en:
https://www.iets.org.co/Archivos/48/DIABETES_TIPO_1_COMPLETA.pdf
32. Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular (SCC). Lo nuevo y más importante de las Guías 2019 de la Sociedad Europea de Cardiología en Diabetes, Prediabetes y Enfermedades Cardiovasculares: Puesta al Día en Cardiología Boletín 130. Revista SCC. 2019; 1(1): 1-6. [Internet]. [Citado 2020 Mayo 16]. Disponible en: <https://scc.org.co/wp-content/uploads/2019/10/PUESTA-AL-DIA-130-Volumen-1-GUIA-DIABETES-2019-ESC.pdf>
33. Organización Mundial de la Salud (OMS). Monitoreo de Avances en Materia de las Enfermedades No Transmisibles 2020. Ginebra: OMS Editores; 2020. Pág. 236. [Internet]. [Citado 2020 Mayo 16]. Disponible en:
<file:///C:/Users/Equipo/Downloads/9789240002616-spa.pdf>
34. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (MSPS). Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021. La Salud en Colombia la construyes tú. Bogotá: Ministerio de Salud Editores; 2012. Pág. 542. [Internet]. [Citado 2020 Mayo 16]. Disponible en:
<http://www.saludcapital.gov.co/DPYS/Documents/Plan%20Decenal%20de%20Salud%20P%C3%BAblica.pdf>
35. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (MSPS). Plan Decenal de Salud Pública 2007 – 2010. Bogotá: Nacional Editores; 2007. Pág. 50. [Internet]. [Citado 2021 Junio 08]. (Internet). Disponible en:
https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Políticas_Nacionales_Salud-Colombia_2007-2010.pdf
36. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (MSPS). Política de Atención Integral en Salud: Un Sistema de Salud al Servicio de la Gente. Bogotá: Ministerio de Salud Editores; 2016. Pág. 97. [Internet]. [Citado 2021 Junio 08]. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

37. Valadez I, Villaseñor M, Alfaro N. Educación para la Salud: la importancia del concepto. *Revista de Educación y Desarrollo*. 2004; 1(1): 43-48. [Internet]. [Citado 2019 Diciembre 10]. Disponible en: https://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/1/001_Red_Valadez.pdf
38. García C. Algunas Reflexiones sobre la Educación para la Salud. (Ensayo Enfermera Magíster). Manizales. Universidad de Caldas; 2001. Pág. 11 – 16. [Internet]. [Citado 2019 Diciembre 10]. Disponible en: <file:///C:/Users/Equipo/Downloads/1827-Texto%20del%20art%C3%ADculo-2444-1-10-20200505.pdf>
39. Gavidia V, Rodes M, Carratalá A. La Educación para la Salud: Una propuesta fundamentada desde el campo de la docencia. *Enseñanza de las Ciencias*. 1993; 11(3): 289-296. [Internet]. [Citado 2019 Diciembre 10]. Disponible en: <file:///C:/Users/9/Downloads/21268-Texto%20del%20art%C3%ADculo-93547-1-10-20071030.pdf>
40. Ramos G. El Debate en torno a la Promoción de Salud y la Educación para la Salud. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2007; 33(2): 1-7. [Internet]. [Citado 2020 Enero 17]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v33n2/spu04207.pdf>
41. Perea R. La Educación para la Salud, Reto de Nuestro Tiempo. *Educación XX1 Universidad de Educación a Distancia*. 2001; 1(4): 1-40. [Internet]. [Citado 2020 Marzo 12]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/706/70600403.pdf>
42. Gómez M. Teoría y Guía Práctica para la Promoción de Salud. Universidad de Montreal; 1998. [Internet]. [Citado 2020 Enero 24]. Disponible en: <http://www.deepdyve.com/lp/sage/teor-a-y-gu-apractica-para-la-promoci-n-de-la-salud-intervenciones-en-B8wPdpzYEQ>
43. Costa M, López E. Educación para la Salud: Guía Práctica para promover Estilos de Vida Saludables. Madrid – España: Ediciones Pirámide; 2008. Pág. 537. [Internet]. [Citado 2020 Enero 15]. Disponible en: file:///C:/Users/Equipo/Downloads/toaz.info-educacion-para-la-salud-cabanillas-mendez-pr_8ad2cec8eb1c1424112cc3abb31f552d.pdf
44. García A, Sáez J, Escarbajal A. Educación para la Salud: La Apuesta por la Calidad de Vida. Madrid – España: Ediciones Arán; 2000, Pág. 180.
45. Choque R, Comunicación y Educación para la Promoción de la Salud. (Máster en Educación y Comunicación). Lima Perú: 2005 Pág. 18. [Internet]. [Citado 2020 Enero 17]. Disponible en: <file:///I:/RECOPIACIONPROYECTOUDENAR/BIBLIOGRAFIAFIN52/32.%20COMUNICACI%C3%92N%20Y%20EDUCACI%C3%92N%20PARA%20LA%20SALUD%20LAURRIS.pdf>
46. Hernández J. La Ruta de la Educación y la Comunicación para la Salud. Orientaciones para su aplicación estratégica. Bucaramanga: Ministerio de Salud y de Protección Social (MSPS); 2014. Pág. 136. [Internet]. [Citado 2020 Septiembre 12]. Disponible en:

- <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/ruta-educacion-y-comunicacion-para-la-salud-orientaciones-2014.pdf>
47. Aguaded J, Cabero J. Educación y Medios de Comunicación en el Contexto Iberoamericano. España: Universidad Internacional de Andalucía; 1995. 49-69. [Internet]. [Citado 2020 Enero 22]. Disponible en:
 48. Pérez J. Comunicación y Educación en la Sociedad de la Información. Madrid – España: Paidós Ibérica; 2000. Pág. 235.
 49. Costa M, López E. Educación para la Salud: Una Estrategia para cambiar los Estilos de Vida. Madrid: Ediciones Pirámide; 1998. Pág. 440.
 50. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe Sobre la Salud en el Mundo 2008, La Atención Primaria de Salud: Más Necesaria que Nunca. Ginebra: OMS Editores; 2008. Pág. 154.
 51. McLeroy K, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An Ecological Perspective on Health Promotion Programs. Health Educ Q. 1988; 15(4):351-77. [Internet]. [Citado 2020 Marzo 15]. Disponible en: <file:///C:/Users/Equipo/Downloads/EcologicalPerspective-McLeroy.pdf>
 52. Hospital Galenia. ¿Cómo tener Estilos de Vida Saludables? Hospital de Galenia – Cancún México; 2018. [Internet]. [Citado 2020 Agosto 12]. (Internet). (Citado 2020 12 agosto). Disponible en: <https://hospitalgalenia.com/como-tener-estilos-de-vida-saludables/>
 53. Maya L. Los Estilos de Vida Saludables: Componente de la Calidad de Vida. (Enfermera Gerontóloga). Costa Rica: Fundación Latinoamericana de Tiempo Libre y Recreación – FUNLIBRE; 1997. [Internet]. [Citado 2019 Noviembre 10]. Disponible en: https://www.insp.mx/resources/images/stories/Centros/nucleo/docs/estilos_saludables.pdf
 54. Sanitas. Hábitos de Vida Saludable. Bogotá – Colombia; 2020. [Internet]. [Citado 2020 agosto 21]. Disponible en: https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/estilo-vida/prepro_080021.html
 55. Pino M, Ricoy M, Portela J. Diseño, Implementación y Evaluación de un Programa de Educación para la Salud con personas mayores. Ciencia y Salud Colectiva. 2010; 15(6): 2965-2972. [Internet]. [Citado 2020 Enero 15]. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csc/a/RyGCry5sr79T6pJQp9xBPGj/?format=pdf&lang=es>
 56. Huertas C. Percepción de las actividades de Educación para la Salud en un grupo de personas que asisten a programas de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad Cardiovascular Bogotá, D.C. noviembre a diciembre de 2009. (Tesis para optar el título de Magíster). Bogotá – Colombia: Universidad Nacional de Colombia – Facultad de Enfermería; 2011. [Internet]. [Citado 2020 Enero 15]. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/7997/539264.2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

57. Sánchez I. El Diseño Metodológico de las Investigaciones Evaluativas relacionadas con la Calidad en Salud. *Medisan*. 2016; 20(4): 546-555. [Internet]. [Citado 2021 Agosto 26]. Disponible en: <file:///C:/Users/Equipo/Downloads/812-2711-1-PB.pdf>
58. Hernández M, Ennis B, Rojano J, Aldana M. Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus Tipo 2: Impacto Educativo en la Calidad de Vida de los Pacientes. *Revista Digital de Postgrado Universidad Central de Venezuela*; 2020; 9(1): 1-12. [Internet]. [Citado 2020 Abril 12]. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/04/1095033/17892-144814488128-1-pb.pdf>
59. Peña P, Venegas C, Obando J. Educación en Salud para promover Autocuidado en personas con Diabetes tipo 2 durante su hospitalización. *Revista Universidad y Salud, Universidad de Nariño*; 2020; 22(3): 246-255. [Internet]. [Citado 2021 Agosto 28]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v22n3/2389-7066-reus-22-03-246.pdf>
60. Rodríguez Y, Oliva J, Gil A, Hernández R. Intervención Educativa sobre Hipertensión Arterial en Pacientes Geriátricos. *Revista Policlínico Docente Comunitario “Joaquín de Agüero y Agüero”, Camagüey – Cuba*; 2008; 1(1): 1-12. [Internet]. [Citado 2021 Agosto 28]. (Internet). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000400009
61. Álvarez M, Morales I, Morales E, Vega B. Estrategia Educativa sobre Hipertensión Arterial para Adultos Mayores de un consultorio del Policlínico Previsora de Camagüey – Cuba. *Revista Humanidades Médicas*. 2011; 11(3): 433-452. [Internet]. [Citado 2021 Septiembre 02]. Disponible en: <file:///F:/RECOPIACIONPROYECTOUDENAR/BIBLIOGRAFIAFIN52/48.%20policlinico%20la%20previsora.pdf>
62. Hernández R, Fernández C, Baptista L. *Metodología de la Investigación*. México D.F.: McGra-Hill; 1991. Pág. 497.
63. Nicuesa M. Definición ABC, Método Empírico Analítico. 2015. [Internet]. [Citado 2021 Octubre 01]. Disponible en: <https://www.definicionabc.com/ciencia/metodo-empirico-analitico.php>
64. Cifuentes R. *Diseño de Proyectos de Investigación Cuantitativa*. Buenos Aires – Argentina: Noveduc Libros Editores; 2011. Pág. 43. [Internet]. [Citado 2020 Octubre 01]. Disponible en: <http://files.coordinacion-de-investigaciones.webnode.com.co/200000021-47c0549bf3/Enfoque%20de%20investigaci%C3%B3n.pdf>
65. Vega C. Papel de trabajo, aspectos epistemológicos de la estimación estadística de modelos: Investigación Ex-post-facto. *Revista Universidad de Carabobo IMYCA*; 2015; 31(39): 1-9. [Internet]. [Citado 2021 Octubre 01]. (Internet). Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Cristobal-Vega-2/publication/275100869_Working_Paper_Epistemological_aspects_of_statistical_estimation_models_Ex_post_facto_Research/links/55332af90cf27acb

0dedb600/Working-Paper-Epistemological-aspects-of-statistical-estimation-models-Ex-post-facto-Research.pdf

66. Cancela R, Cea N, Galindo G, Valilla S. Metodología de la Investigación Educativa: Investigación Ex post facto. Revista Universidad Autónoma de Madrid; 2010; 1(1): 1-19. [Internet]. [Citado 2021 Octubre 01]. Disponible en: <http://files.investigacion-educativa9.webnode.es/200000028-28c3a29c05/Estudios%20comparativos%20casuales%20o%20ex%20post%20facto.pdf>
67. Freire P. Pedagogía del Oprimido. México: Siglo XII Editores Argentina; 2005. Pág. 246. [Internet]. [Citado 2020 Enero 15]. Disponible en: <https://fhcv.files.wordpress.com/2014/01/freire-pedagogia-del-oprimido.pdf>

11. ANEXOS

Anexo 1. Encuesta valorativa a pacientes hipertensos y diabéticos de la E.S.E. Cuaspud Carlosama

**CENTRO DE ESTUDIOS EN SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE NARIÑO CESUN
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
ENCUESTA VALORATIVA PARA PACIENTES HIPERTENSOS Y DIABÉTICOS DE
LA E.S.E. CENTRO DE SALUD CUASPUJ CARLOSAMA**

Objetivo: Conocer las características generales, clínicas y de educación de los pacientes que hacen parte del programa de paciente crónico de la E.S.E. Centro de Salud Cuaspud Carlosama.

Presentación: Sr. Usuario y/o acudiente, la presente encuesta tiene el propósito de conocer las características generales, clínicas y de educación de los pacientes que hacen parte del programa de paciente crónico de la E.S.E. Centro de Salud Cuaspud y hace parte de la investigación: **“efecto en los conocimientos y prácticas de autocuidado y estilos de vida saludables del programa educativo impartido por el personal de enfermería de la E.S.E. Centro de Salud Cuaspud Carlosama, a las personas hipertensas y diabéticas durante el período 2019 – 2020”**; el uso de ésta información es confidencial y muy importante para que los investigadores y la institución; le agradecemos por su tiempo y por responder cada pregunta de forma responsable y sincera. Antes de iniciar con la encuesta por favor revise el consentimiento informado anexo y si acepta ser parte de ésta investigación con la información solicitada por favor firme, y si no está de acuerdo lo puede manifestar, en cualquiera de los dos casos, el equipo investigador, el Centro de Estudios en Salud CESUN y la Universidad de Nariño, le agradece por su compromiso.

Fecha: 06 - octubre - 2020
 Encuesta No. 1 HC No. 27.226.746

I. DATOS GENERALES

1. Edad 70 2. Sexo Femenino Masculino

3. Residencia/Procedencia El Estero

4. Tipo de Población: Urbana Rural

5. Estado Civil
 Casado/a Divorciado/a
 Unión Libre Viudo/a
 Separado/a Soltero/a

6. Nacionalidad colombiana

7. Ocupación:
 Empleado/a Independiente
 Jornalero/a Jubilado/a
 QQDD

8. Nivel de Escolaridad
 Primaria Incompleta Tecnólogo
 Primaria Completa Universitaria
 Secundaria Incompleta Postgrado
 Secundaria completa Ninguna
 Técnico

II. INFORMACIÓN CLÍNICA

9. Patología del Paciente Hipertensión Arterial
 Diabetes Mellitus
 HTA - DM

10. Peso en Kg. 71 kg

11. Talla en Cm. 1.53 cm

12. Índice de Masa Corporal IMC 30.3

Delgadez Severa Sobrepeso
 Delgadez Moderada Obesidad Grado I
 Delgadez Aceptable Obesidad Grado II
 Normal Obesidad Mórbida

13. Presión Arterial (mm/hg) 140/80
 Óptima HTA Grado I
 Normal HTA Grado II
 Pre hipertensión HTA Grado III

14. Glicemia (mg/dl) 70
 Ideal 65 - 100
 Buen Control 70 - 145
 Aceptable Menos 70 y Más de 145
 Mal Control Más de 162

15. Hemoglobina Glucosilada
 Diabetes HbA1c mayor a 6.5%
 Pre Diabetes HbA1c de 5.7 a 6.4%
 Normal HbA1c menor a 5.6%

III. VALORACIÓN EDUCATIVA

Conteste las siguientes preguntas según su criterio, respecto a la educación en salud impartida por el personal de enfermería del Centro de Salud E.S.E. Cuaspud Carlosama.

16. Como integrante del programa de hipertensos y diabéticos de la institución, Usted asiste:

- Siempre
- Casi Siempre
- Algunas Veces
- Nunca

Si su respuesta es *Algunas Veces*, especifique una de las siguientes razones, de lo contrario pase a la pregunta 17. Si su respuesta es *Nunca*, conteste la pregunta 17 y pase a la pregunta 24.

- No tengo quien me acompañe Siempre repiten lo mismo
- No me parece interesante Otra

17. Con respecto a las temáticas tratadas en las diferentes sesiones educativas qué valoración le merece:

- Excelentes Regulares
- Muy Buenas Deficientes
- Buenas

18. Los contenidos de las charlas educativas le parecen:

- Muy Claros Poco Claros
- Claros NS/NR

19. Las sesiones educativas a las que Usted asiste, el promedio tienen una duración de (minutos):

- 20 minutos 60 minutos
- 30 minutos más de 60 minutos
- 50 minutos

20. Usted considera que el tiempo de duración de éstas sesiones es:

- Mucho tiempo
- Suficiente tiempo
- Muy poco tiempo

21. La metodología usadas por el personal de enfermería para impartir las charlas educativas se hacen mediante:

- Exposición/Carteles Lúdica/Bailo terapia
- Plegables/Cartillas Otro
- Videos/Socio dramas Cual

22. De las anteriores metodologías utilizadas por el personal de enfermería, para brindar educación Usted cree que son:

- Muy innovadoras Poco Innovadoras
- Innovadoras Aburridas

23. Cuál de las éstas metodologías le gusta más:

- Exposición/Carteles Lúdica/Bailo terapia
- Plegables/Cartillas Otro
- Videos/Socio dramas Cual

IV. VALORACIÓN DE AUTOCUIDADO Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

24. Usdted considera que la educación en salud, impartida por el personal de enfermería del Centro de Salud E.S.E. Cuaspucl Carlosama, ha generado en Usted un cambio de actitud frente al autocuidado y la adopción de estilos de vida saludables?.

SI
 NO

¿Porque? Justifique su respuesta:

gracias a los charles educativos he entendido que bajar la presión arterial y los grados en las comidas es bueno porque ayuda a prevenir la presión alta.

25. En la actualidad cuál de los siguientes hábitos / estilos de vida saludables practica Usted?:

| ACTIVIDAD | Siempre | Casi Siempre | Algunas Veces | Casi Nunca | Nunca |
|---|---------|--------------|---------------|------------|-------|
| a. ¿Realiza actividad física (caminar, subir escaleras, trabajo de la casa, | | X | | | |
| b. ¿Hace ejercicios en forma activa al menos por 30 minutos durante el | | X | | | |
| c. ¿Su alimentación es balanceada? (Frutas, verduras, granos, cereales, | | X | | | |
| d. ¿Ingiere tres de los siguientes alimentos por día: frutas frescas, verduras, | | X | | | |
| e. ¿A menudo consume mucha azúcar?. | | | | X | |
| f. ¿A menudo consume mucha sal?. | | | | X | |
| g. ¿A menudo consume alimentos con exceso de grasa?. | | | | X | |
| h. ¿Ha asistido oportunamente a su control médico en los últimos seis | | X | | | |
| i. ¿Controla su peso cuando asiste al Centro de Salud?. | | X | | | |
| j. ¿Controla oportunamente en su casa su presión arterial?. | | | X | | |
| k. ¿Controla oportunamente en su casa su glicemia?. | | | | | X |
| l. ¿Consumo cigarrillos y/o tabacos?. | | | | | X |
| m. ¿Consumo alcohol?. | | | | | X |
| n. ¿Toma oportunamente los medicamentos formulados por el médico | X | | | | |
| tratante del Centro de Salud?. | | | | | |
| o. ¿Se siente estresado? (cansando, angustiando, sin metas). | | | X | | |
| p. ¿Duerme entre siete a ocho horas habitualmente? | | X | | | |
| q. ¿En su tiempo libre lee, escribe, mira tv., escucha música, o práctica | | | X | | |
| r. ¿Realiza caminatas, paseos o va al cine en su tiempo libre?. | | | X | | |
| s. ¿Usted que hace en su tiempo libre? <u>Tejer</u> | | | | | |

HTD

26. En cuál de las siguientes categorías se colocaría respecto al autocuidado o la adopción de los estilos de vida saludables?

- a. He tenido un estilo de vida saludable por año.
- b. He implementado algún cambio en mi conducta con respecto a la salud, pero todavía me cuesta respetarlo.
- c. Planeo implementar un cambio en mi conducta con respecto a la salud dentro de los próximos treinta días.
- d. He estado considerando modificar alguno de mis hábitos relacionados con la salud.
- e. No estoy interesado en modificar mi estilo de vida en este momento.

27. Qué recomendaciones realizaría al personal de enfermería, respecto a la instrucción de la educación en salud que se imparte a los integrantes del programa de hipertensos y diabéticos del Centro de Salud Cuaspucl Carlosama E.S.E?.

que continúen con los mismo estilos de vida saludables que los charles educativos, porque en verdad se dan buenos y que pronto nos podamos reunir nuevamente.

V. CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS

28. Conteste las siguientes preguntas con respecto al grado de conocimientos y prácticas acerca de su enfermedad:
Hipertensión Arterial.

| ACTIVIDAD | SI | NO | NS/NR |
|---|----|----|-------|
| a. Es la hipertensión una enfermedad para toda la vida? | X | | |
| b. Tener la presión arterial elevada puede producir problemas a los ojos? | X | | |
| c. Tener la presión arterial elevada puede producir problemas a los ojos? | X | | |
| d. ¿Caminar cada día ½ -1 h, puede reducir el riesgo de sufrir una enfermedad del corazón? | X | | |
| e. ¿Tener la presión arterial elevada puede producir problemas a los riñones? | X | | |
| f. ¿Un/a hipertenso/a con diabetes ¿tiene más riesgo de sufrir una enfermedad del corazón? | X | | |
| g. ¿Un/a hipertenso/a con obesidad ¿tiene más riesgo de sufrir una enfermedad del corazón? | X | | |
| h. ¿Un/a hipertenso/a fumador/a ¿tiene más riesgo de sufrir una enfermedad del corazón? | X | | |
| i. ¿Un/a hipertenso/a con colesterol alto ¿tiene más riesgo de sufrir una enfermedad del corazón? | X | | |
| j. ¿Cree que es importante la dieta para el hipertenso? | X | | |
| ¿Una dieta pobre en grasas, abundante en frutas y verduras ¿es importante para disminuir la presión arterial? | X | | |
| l. ¿Es aconsejable reducir el consumo de sal? | X | | |
| m. ¿Cree que se puede controlar la hipertensión sólo con medicación? | X | | |
| n. ¿Toma medicación para la hipertensión? | X | | |
| o. ¿Ud. puede aumentar o disminuir la dosis de la medicación si le sube o le baja la presión arterial? | X | | |
| p. ¿Ud. puede dejar el tratamiento cuando tiene la presión arterial controlada? | | X | |
| q. ¿Perder peso en personas obesas puede ayudar a bajar la presión arterial? | X | | |
| r. ¿Caminar cada día ½ -1 h, puede reducir el riesgo de sufrir una enfermedad del corazón? | X | | |

29. Conteste las siguientes preguntas con respecto al grado de conocimientos y prácticas acerca de su enfermedad:
Diabetes Mellitus.

| ACTIVIDAD | SI | NO | NS/NR |
|---|----|----|-------|
| a. ¿La causa común de la diabetes es la falta de insulina efectiva en el cuerpo? | | | |
| b. ¿En la diabetes que no se está tratando, la cantidad de azúcar en la sangre usualmente sube? | | | |
| c. ¿Si yo soy diabético, mis hijos tendrán más riesgo de ser diabéticos? | | | |
| d. ¿Hay dos tipos principales de diabetes: Tipo 1 (dependiente de insulina) y Tipo 2 (no-)? | | | |
| e. ¿La medicina es más importante que la dieta y el ejercicio para controlar mi diabetes? | | | |
| f. ¿La diabetes frecuentemente causa mala circulación? | | | |
| g. ¿Cortaduras y rasguños cicatrizan más despacio en diabéticos? | | | |
| h. ¿Los diabéticos deberían poner cuidado extra al cortarse las uñas de los dedos de los pies? | | | |
| i. ¿La diabetes puede dañar mis riñones? | | | |
| j. ¿La diabetes puede causar que no sienta en mis manos, dedos y pies? | | | |

Gracias por su colaboración

UNIVERSIDAD DE NARIÑO
COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIONES

TÍTULO DEL PROYECTO:

Efecto en los conocimientos y prácticas de autocuidado y estilos de vida saludables del programa educativo impartido por el personal de enfermería de la E.S.E. Centro de Salud Cuaspud Carlosama, a las personas hipertensas y diabéticas durante el periodo 2019 - 2020.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Maniz Esteban Tabuango Gordon mayor de edad, identificado(a) con c.c. No 27.226.746 de Cuaspud Carlosama actuando en nombre propio, libre, espontáneamente y sin presiones indebidas,

DECLARO:

Que he recibido toda la información clara y concreta en forma oral y escrita, por parte de Edison Florentino Lombana Velasco, director del presente proyecto de investigación, el día 06 del mes de octubre del año 2020, sobre el trabajo de investigación: "efecto en los conocimientos y prácticas de autocuidado y estilos de vida saludables del programa educativo impartido por el personal de enfermería de la E.S.E. Centro de Salud Cuaspud Carlosama, a las personas hipertensas y diabéticas durante el periodo 2019 - 2020."; que realizará a su cargo, en representación de la Universidad de Nariño, y el objetivo del proyecto es evaluar el efecto del programa educativo impartido por el personal de enfermería de la E.S.E. Centro de Salud Cuaspud Carlosama, en conocimientos y prácticas de autocuidado y estilos de vida de las personas que hacen parte del grupo de pacientes crónicos regulares e irregulares con diagnóstico de hipertensión y diabetes mellitus, durante el periodo 2019 - 2020.

Me han advertido que en el proceso de investigación, en ningún momento se hará público mi nombre y/o documento de identificación, salvaguardando la confidencialidad de la información suministrada y mi privacidad, como tampoco saldrán a la luz pública hechos relacionados que puedan identificarme y sobre los cuales se guardarán siempre y en todo el estudio, todas las reservas y discrecionalidades correspondientes.

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del estudio aludido en el que se incluirá a pacientes hipertensos y diabéticos asistentes de manera regular a las sesiones educativas del programa en mención y de las posibles implicaciones que podría tener, especialmente que no corro ningún riesgo. He podido preguntar mis inquietudes al respecto y he recibido las respuestas y explicaciones en forma satisfactoria. También se me ha informado de

mi derecho a participar voluntariamente en la investigación y la posibilidad de retirarme sin ningún tipo de consecuencias.

Se me ha informado que en caso de dudas, explicaciones adicionales o inconformidades de mi parte frente al estudio puedo comunicarme con el investigador principal: Edison Florentino Lombana Velasco al teléfono 3187198860.

He sido interrogado(a) sobre la aceptación o no, de esta autorización para este estudio, por lo tanto,

AUTORIZO:

Para que el señor Edison Florentino Lombana Velasco, me realice una encuesta valorativa que se solicita en la información que previamente se ha entregado y que se anexa a este consentimiento. Esta autorización se concede por el término de 12 meses a partir del día de la firma del presente consentimiento. El investigador se compromete a informarme de los resultados globales o parciales de la investigación, y/o de los que de manera positiva o negativa puedan influenciar en mi estado social o de salud.

En constancia, se firma el presente documento, en dos copias, una para el investigador y otra para el investigado, con sus anexos, en el municipio de Cuaspud Carlosama – Departamento de Nariño – Colombia, a los 06 días del mes de Octubre del año 2020.

| | |
|---|---|
| <u>Muniz Rosbel Tubero Gudiño</u> NOMBRE DEL PARTICIPANTE | <u>X Manapall 20/10/20</u> FIRMA Y CÉDULA DEL PARTICIPANTE |
| <u>Lisbeth de la Cruz</u> NOMBRE DEL TESTIGO | <u>27.226.146 de Cuaspud</u> <u>Lisbeth de la Cruz</u> FIRMA Y CÉDULA DEL TESTIGO |
| <u>Edison Florentino Lombana Velasco</u> NOMBRE DEL INVESTIGADOR | <u>1.087.616.870 de Cuaspud</u> <u>Edison</u> FIRMA Y CÉDULA DEL INVESTIGADOR |

Anexo 2. Encuesta valorativa para personal de enfermería de la E.S.E. Centro de Salud Cuaspud Carlosama

VALORACIÓN EDUCATIVA:

Conteste las siguientes preguntas según su criterio, respecto a la evaluación del programa educativo en salud, dirigido a los integrantes del programa de hipertensos y diabéticos del Centro de Salud Cuaspud Carlosama E.S.E., por parte del personal de enfermería de la institución en mención.

DATOS GENERALES DEL PROGRAMA:

| | | |
|--|----|----|
| 1. ¿El programa se enmarca en los criterios de las RIAS (Ruta de Atención Integral en Salud)? | SI | NO |
| 2. ¿El programa cuenta con la guía de la norma técnica de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles? | SI | NO |
| 3. ¿El programa cuenta con unos indicadores de calidad enmarcados en la ficha familiar? | SI | NO |
| 4. ¿El programa cuenta con una enfermera coordinadora? | SI | NO |
| 5. ¿El programa cuenta con personal médico familiar para la atención integral de los integrantes del club de hipertensos y diabéticos? | SI | NO |
| 6. ¿Cuántas enfermeras apoyan el programa? | | |
| 7. ¿Cuántos integrantes conforman el programa? | | |
| 8. ¿Con qué frecuencia se realizan las actividades de Promoción de la Salud? | | |
| 9. ¿El programa cuenta con un cronograma anual de actividades? | SI | NO |
| 10. ¿El programa cuenta con una sala adecuada para la realización de las actividades educativas? | SI | NO |
| 11. ¿El programa cuenta con material de apoyo para actividades educativas?. | SI | NO |

METODOLOGÍA DEL PROGRAMA EDUCATIVO:

1. Las metodologías usadas por parte del personal de enfermería para la intervención de las sesiones educativas se hacen mediante:

| | | | | |
|--------------|---------------------|--------------------|----------------------|------|
| Exp/Cartelas | Plegables/Cartillas | Videos/Sociodramas | Lúdica/Baioloterapia | Otro |
| | | | | |

2. Los temas de las sesiones educativas se enmarcan en:

| | | | | |
|-------------|-------------------|------------------|---------------------|------|
| Autocuidado | Alimentación Sana | Actividad Física | Prescripción Médica | Otro |
| | | | | |

3. Las sesiones educativas tienen una duración de:

| | | | | |
|------------|------------|------------|-------|---------------|
| 20 Minutos | 30 Minutos | 50 Minutos | 1Hora | Más de 1 Hora |
| | | | | |

4. El material didáctico más utilizado en las sesiones educativas es:

| | | | | |
|-----------|----------|-----------|----------|------|
| Plegables | Volantes | Cartillas | Manuales | Otro |
| | | | | |

5. ¿Usted como coordinadora del programa; qué recomendaciones realizaría a los integrantes del programa de hipertensos y diabéticos y al personal de enfermería del mismo, respecto a la importancia de la promoción de la salud basada en estrategias educativas e innovadoras que conlleven a la adquisición de hábitos y estilos de vida saludables?.

Gracias por su colaboración.

Anexo 3. Consentimiento informado dirigido a pacientes hipertensos y diabéticos asistentes de manera regular a las sesiones educativas del programa del mismo nombre de la E.S.E. Cuaspud Carlosama

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIONES**

TÍTULO DEL PROYECTO:

Efecto en los conocimientos y prácticas de autocuidado y estilos de vida saludables del programa educativo impartido por el personal de enfermería de la E.S.E. Centro de Salud Cuaspud Carlosama, a las personas hipertensas y diabéticas durante el período 2019 – 2020.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ mayor de edad, identificado(a) con c.c. No _____ de _____, actuando en nombre propio, libre, espontáneamente y sin presiones indebidas,

DECLARO:

Que he recibido toda la información clara y concreta en forma oral y escrita, por parte de Edison Florentino Lombana Velasco, director del presente proyecto de investigación, el día ____ del mes de _____ del año _____, sobre el trabajo de investigación: “Educación para la Salud en Autocuidado y Estilos de Vida Saludable: Efecto del programa educativo impartido a las personas hipertensas y diabéticas atendidas en la E.S.E. Centro de Salud Cuaspud Carlosama durante el período 2019 - 2020”; que realizará a su cargo, en representación de la Universidad de Nariño, y el objetivo del proyecto es conocer el efecto del programa educativo impartido por el personal de enfermería de la E.S.E. Centro de Salud Cuaspud Carlosama, en el autocuidado y estilos de vida de las personas que hacen parte del grupo de pacientes crónicos con diagnóstico de hipertensión y diabetes mellitus, durante el periodo 2019 – 2020.

Me han advertido que, en el proceso de investigación, en ningún momento se hará público mi nombre y/o documento de identificación, salvaguardando la confidencialidad de la información suministrada y mi privacidad, como tampoco saldrán a la luz pública hechos relacionados que puedan identificarme y sobre los cuales se guardarán siempre y en todo el estudio, todas las reservas y discrecionalidades correspondientes.

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del estudio aludido en el que se incluirá a pacientes hipertensos y diabéticos asistentes de manera regular a las sesiones educativas del programa en mención y de las posibles implicaciones que podría tener, especialmente que no corro ningún riesgo. He podido preguntar mis inquietudes al respecto y he recibido las respuestas y explicaciones en forma satisfactoria. También se me ha informado de mi derecho a participar voluntariamente en la investigación y la posibilidad de retirarme sin ningún tipo de consecuencias.

Se me ha informado que en caso de dudas, explicaciones adicionales o inconformidades de mi parte frente al estudio puedo comunicarme con el investigador principal: Edison Florentino Lombana Velasco al teléfono 3187198860.

He sido interrogado(a) sobre la aceptación o no, de esta autorización para este estudio, por lo tanto,

AUTORIZO:

Para que el señor Edison Florentino Lombana Velasco, me realice una encuesta valorativa que se solicita en la información que previamente se ha entregado y que se anexa a este consentimiento. Esta autorización se concede por el término de 12 meses a partir del día de la firma del presente consentimiento. El investigador se compromete a informarme de los resultados globales o parciales de la investigación, y/o de los que de manera positiva o negativa puedan influenciar en mi estado social o de salud.

En constancia, se firma el presente documento, en dos copias, una para el investigador y otra para el investigado, con sus anexos, en el municipio de Cuaspud Carlosama – Departamento de Nariño – Colombia, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE

FIRMA Y CÉDULA DEL PARTICIPANTE

NOMBRE DEL INVESTIGADOR

FIRMA Y CÉDULA DEL INVESTIGADOR

Anexo 4. Consentimiento informado dirigido a pacientes hipertensos y diabéticos asistentes de manera irregular a las sesiones educativas del programa del mismo nombre de la E.S.E. Cuaspud Carlosama

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIONES**

TÍTULO DEL PROYECTO:

Efecto en los conocimientos y prácticas de autocuidado y estilos de vida saludables del programa educativo impartido por el personal de enfermería de la E.S.E. Centro de Salud Cuaspud Carlosama, a las personas hipertensas y diabéticas durante el período 2019 - 2020.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ mayor de edad, identificado(a) con c.c. No _____ de _____, actuando en nombre propio, libre, espontáneamente y sin presiones indebidas,

DECLARO:

Que he recibido toda la información clara y concreta en forma oral y escrita, por parte de Edison Florentino Lombana Velasco, director del presente proyecto de investigación, el día ____ del mes de _____ del año _____, sobre el trabajo de investigación: "Educación para la Salud en Autocuidado y Estilos de Vida Saludable: Efecto del programa educativo impartido a las personas hipertensas y diabéticas atendidas en la E.S.E. Centro de Salud Cuaspud Carlosama durante el período 2019 - 2020"; que realizará a su cargo, en representación de la Universidad de Nariño, y el objetivo del proyecto es conocer el efecto del programa educativo impartido por el personal de enfermería de la E.S.E. Centro de Salud Cuaspud Carlosama, en el autocuidado y estilos de vida de las personas que hacen parte del grupo de pacientes crónicos con diagnóstico de hipertensión y diabetes mellitus, durante el periodo 2019 – 2020.

Me han advertido que en el proceso de investigación, en ningún momento se hará público mi nombre y/o documento de identificación, salvaguardando la confidencialidad de la información suministrada y mi privacidad, como tampoco saldrán a la luz pública hechos relacionados que puedan identificarme y sobre los cuales se guardarán siempre y en todo el estudio, todas las reservas y discrecionalidades correspondientes.

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del estudio aludido en el que se incluirá a pacientes hipertensos y diabéticos de la institución que no asisten de manera regular a las sesiones educativas de dicho programa en mención y de las posibles implicaciones que podría tener, especialmente que no corro ningún riesgo. He podido preguntar mis inquietudes al respecto y he recibido las respuestas y explicaciones en forma satisfactoria. También se me ha informado de mi derecho a participar voluntariamente en la investigación y la posibilidad de retirarme sin ningún tipo de consecuencias.

Se me ha informado que en caso de dudas, explicaciones adicionales o inconformidades de mi parte frente al estudio puedo comunicarme con el investigador principal: Edison Florentino Lombana Velasco al teléfono 3187198860.

He sido interrogado(a) sobre la aceptación o no, de esta autorización para este estudio, por lo tanto,

AUTORIZO:

Para que el señor Edison Florentino Lombana Velasco, me realice una encuesta valorativa que se solicita en la información que previamente se ha entregado y que se anexa a este consentimiento. Esta autorización se concede por el término de 12 meses a partir del día de la firma del presente consentimiento. El investigador se compromete a informarme de los resultados globales o parciales de la investigación, y/o de los que de manera positiva o negativa puedan influenciar en mi estado social o de salud.

En constancia, se firma el presente documento, en dos copias, una para el investigador y otra para el investigado, con sus anexos, en el municipio de Cuaspud Carlosama – Departamento de Nariño – Colombia, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE

FIRMA Y CÉDULA DEL PARTICIPANTE

NOMBRE DEL INVESTIGADOR

FIRMA Y CÉDULA DEL INVESTIGADOR

Anexo 5. Consentimiento informado dirigido a coordinadora del programa educativo del club de hipertensos y diabéticos de la E.S.E Cuaspud Carlosama

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIONES**

TÍTULO DEL PROYECTO:

Efecto en los conocimientos y prácticas de autocuidado y estilos de vida saludables del programa educativo impartido por el personal de enfermería de la E.S.E. Centro de Salud Cuaspud Carlosama, a las personas hipertensas y diabéticas durante el período 2019 - 2020.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ mayor de edad, identificado(a) con c.c. No _____ de _____, actuando en nombre propio, libre, espontáneamente y sin presiones indebidas,

DECLARO:

Que he recibido toda la información clara y concreta en forma oral y escrita, por parte de Edison Florentino Lombana Velasco, director del presente proyecto de investigación, el día ____ del mes de _____ del año _____, sobre el trabajo de investigación: "Educación para la Salud en Autocuidado y Estilos de Vida Saludable: Efecto del programa educativo impartido a las personas hipertensas y diabéticas atendidas en la E.S.E. Centro de Salud Cuaspud Carlosama durante el período 2019 - 2020"; que realizará a su cargo, en representación de la Universidad de Nariño, y el objetivo del proyecto es conocer el efecto del programa educativo impartido por el personal de enfermería de la E.S.E. Centro de Salud Cuaspud Carlosama, en el autocuidado y estilos de vida de las personas que hacen parte del grupo de pacientes crónicos con diagnóstico de hipertensión y diabetes mellitus, durante el periodo 2019 – 2020.

Me han advertido que en el proceso de investigación, en ningún momento se hará público mi nombre y/o documento de identificación, salvaguardando la confidencialidad de la información suministrada y mi privacidad, como tampoco saldrán a la luz pública hechos relacionados que puedan identificarme y sobre los

cuales se guardarán siempre y en todo el estudio, todas las reservas y discrecionalidades correspondientes.

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del estudio aludido en el que se me incluira en la presente investigación como coordinadora del programa en mención, y de las posibles implicaciones que podría tener, especialmente que no corro ningún riesgo. He podido preguntar mis inquietudes al respecto y he recibido las respuestas y explicaciones en forma satisfactoria. También se me ha informado de mi derecho a participar voluntariamente en la investigación y la posibilidad de retirarme sin ningún tipo de consecuencias.

Se me ha informado que en caso de dudas, explicaciones adicionales o inconformidades de mi parte frente al estudio puedo comunicarme con el investigador principal: Edison Florentino Lombana Velasco al teléfono 3187198860.

He sido interrogado(a) sobre la aceptación o no, de esta autorización para este estudio, por lo tanto,

AUTORIZO:

Para que el señor Edison Florentino Lombana Velasco, me realice una encuesta valorativa que se solicita en la información que previamente se ha entregado y que se anexa a este consentimiento. Esta autorización se concede por el término de 12 meses a partir del día de la firma del presente consentimiento. El investigador se compromete a informarme de los resultados globales o parciales de la investigación, y/o de los que de manera positiva o negativa puedan influenciar en mi estado social o de salud.

En constancia, se firma el presente documento, en dos copias, una para el investigador y otra para el investigado, con sus anexos, en el municipio de Cuaspud Carlosama – Departamento de Nariño – Colombia, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE

FIRMA Y CÉDULA DEL PARTICIPANTE

NOMBRE DEL INVESTIGADOR

FIRMA Y CÉDULA DEL INVESTIGADOR

Anexo 6. Tabla de características sociodemográficas de los pacientes del proyecto de investigación

| VARIABLES | | N | % |
|-----------------------------|-----------------------|----|-------|
| CLASIFICACIÓN | Regular | 26 | 50,0% |
| | Irregular | 26 | 50,0% |
| SEXO | Femenino | 34 | 65,4% |
| | Masculino | 18 | 34,6% |
| ZONA | Urbano | 30 | 57,7% |
| | Rural | 22 | 42,3% |
| ESTADO CIVIL | Casado/a | 36 | 69,2% |
| | Unión Libre | 1 | 1,9% |
| | Separado/a | 2 | 3,8% |
| | Divorciado/a | 0 | 0,0% |
| | Viudo/a | 6 | 11,5% |
| | Soltero/a | 7 | 13,5% |
| RÉGIMEN | Subsidiado | 51 | 98,1% |
| | Contributivo | 1 | 1,9% |
| OCUPACIÓN | Empleado/a | 1 | 1,9% |
| | Jornalero/a | 6 | 11,5% |
| | QQDD | 34 | 65,4% |
| | Independiente | 11 | 21,2% |
| | Jubilado/a | 0 | 0,0% |
| NIVEL ESCOLARIDAD DE | Primaria Incompleta | 28 | 53,8% |
| | Primaria Completa | 19 | 36,5% |
| | Secundaria Incompleta | 2 | 3,8% |
| | Secundaria Completa | 3 | 5,8% |

Fuente: Resultado de esta Investigación

Anexo 7. Tablas del Modelo Lineal Generalizado (MLG)

INDICE VHS

| Origen | Tipo III de suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. | Eta parcial al cuadrado |
|--------------------|--------------------------------------|-----------|-------------------------|----------|-------------|--------------------------------|
| Modelo corregido | ,326 ^a | 7 | ,047 | 6,174 | ,000 | ,496 |
| Intersección | 1,097 | 1 | 1,097 | 145,352 | ,000 | ,768 |
| CLASIFICACIÓN | ,079 | 1 | ,079 | 10,447 | ,002 | ,192 |
| SEXO | ,000 | 1 | ,000 | ,065 | ,801 | ,001 |
| ZONA | ,023 | 1 | ,023 | 3,045 | ,088 | ,065 |
| RÉGIMEN | ,002 | 1 | ,002 | ,263 | ,611 | ,006 |
| NIVELDEESCOLARIDAD | ,027 | 3 | ,009 | 1,200 | ,321 | ,076 |
| Error | ,332 | 44 | ,008 | | | |
| Total | 17,080 | 52 | | | | |
| Total corregido | ,658 | 51 | | | | |

a. R al cuadrado = ,496

INDICE CP_HTA

| Origen | Tipo III de suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. | Eta parcial al cuadrado |
|--------------------|--------------------------------------|-----------|-------------------------|----------|-------------|--------------------------------|
| Modelo corregido | ,430 ^a | 6 | ,072 | 5,072 | ,001 | ,445 |
| Intersección | 5,581 | 1 | 5,581 | 395,123 | ,000 | ,912 |
| CLASIFICACIÓN | ,186 | 1 | ,186 | 13,172 | ,001 | ,257 |
| SEXO | ,051 | 1 | ,051 | 3,630 | ,064 | ,087 |
| ZONA | ,008 | 1 | ,008 | ,597 | ,445 | ,015 |
| RÉGIMEN | 0,000 | 0 | | | | 0,000 |
| NIVELDEESCOLARIDAD | ,065 | 3 | ,022 | 1,532 | ,222 | ,108 |
| Error | ,537 | 38 | ,014 | | | |
| Total | 30,302 | 45 | | | | |
| Total corregido | ,967 | 44 | | | | |

a. R al cuadrado = ,445

ÍNDICE CP_DIAB

| Origen | Tipo III de suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. | Eta parcial al cuadrado |
|--------------------|--------------------------------------|-----------|-------------------------|----------|-------------|--------------------------------|
| Modelo corregido | ,627 ^a | 6 | ,104 | 9,081 | ,002 | ,858 |
| Intersección | 1,495 | 1 | 1,495 | 129,988 | ,000 | ,935 |
| CLASIFICACION | ,285 | 1 | ,285 | 24,762 | ,001 | ,733 |
| SEXO | ,007 | 1 | ,007 | ,585 | ,464 | ,061 |
| ZONA | ,019 | 1 | ,019 | 1,674 | ,228 | ,157 |
| REGIMEN | 0,000 | 0 | | | | 0,000 |
| NIVELDEESCOLARIDAD | ,003 | 2 | ,002 | ,141 | ,871 | ,030 |
| Error | ,103 | 9 | ,011 | | | |
| Total | 5,140 | 16 | | | | |
| Total corregido | ,730 | 15 | | | | |

a. R al cuadrado = ,858

Fuente: Resultado de esta Investigación

Anexo 8. Tablas Índice de Masa Corporal (IMC), Clasificación Hipertensión Arterial (HTA), Clasificación Glicemia, Clasificación Hemoglobina Glicosilada

Clasificación Índice de Masa Corporal (IMC)

| Clasificación | Valor |
|----------------------|--------------|
| Delgadez Severa | < 16.0 |
| Delgadez Moderada | 16.0 – 16.9 |
| Delgadez Aceptable | 17.0 – 18.4 |
| Normal | 18.5 – 24.9 |
| Sobrepeso | 25.0 – 29.9 |
| Obesidad Grado I | 30.0 – 34.9 |
| Obesidad Grado II | 35.0 – 39.0 |
| Obesidad Mórbida | > 40.0 |

Fuente: OMS 2019

Clasificación Hipertensión Arterial (HTA)

| Categoría | PAS (mm Hg) | PAD (mm Hg) |
|------------------|--------------------|--------------------|
| Óptima | < 120 | < 80 |
| Normal | 120 - 129 | 80 - 84 |
| Prehipertensión | 130 - 139 | 85 - 89 |
| HTA Grado I | 140 - 159 | 90 - 99 |
| HTA Grado II | 160 - 179 | 100 – 109 |
| HTA Grado III | > 180 | > 110 |

Fuente: OMS 2019

Nivel de Glicemia en Ayunas

| Nivel | mg/dL |
|--------------|-----------------------|
| Ideal | 65 - 100 |
| Buen Control | 70 - 145 |
| Aceptable | Menos 70 y Más de 145 |
| Mal Control | Más de 162 |

Fuente: OMS 2019

Nivel Hemoglobina Glicosilada (HbA1c)

| Nivel % | Resultado |
|---------------------|--|
| HbA1c mayor a 6.5% | Diabetes |
| HbA1c de 5.7 a 6.4% | Prediabetes (o mayor riesgo de desarrollar diabetes) |
| HbA1c menor a 5.6% | Normal |

Fuente: OMS 2019

Anexo 9. Fotografías trabajo de campo del proyecto de investigación



Trabajo de Campo: Aplicación de Encuestas y Toma de Presión Arterial a Pacientes Hipertensos y Diabéticos de la E.S.E. Cuaspud Carlosama

Fuente: Resultado de esta Investigación



Trabajo de Campo: Aplicación de Encuestas, Toma de Presión Arterial, Glicemia a Pacientes Hipertensos y Diabéticos de la ESE Cuaspud Carlosama
Fuente: Resultado de esta Investigación