

**EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL:
EVIDENCIAS EN LATINOAMÉRICA 2000-2010**

XIMENA MORAN MADROÑERO



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA CLÍNICA
BOGOTÁ D. C.
2010**

**EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL:
EVIDENCIAS EN LATINOAMÉRICA 2000-2010**

XIMENA MORAN MADROÑERO

**Trabajo de Grado presentado como Requisito Parcial
para Optar al título de: Enfermera**

**Asesora
DIANA LOZANO POVEDA
Enfermera, Magíster en Salud Pública**



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA CLÍNICA
BOGOTÁ D. C.
2010**

DEDICATORIA

A Dios por darme la fuerza, las capacidades y la salud, para culminar este gran sueño que con mucho sacrificio he logrado.

A mi madre Angélica por ser mi apoyo y mi luz en todos los momentos de mi vida y mi carrera, a mi padre Gerardo por estar siempre conmigo apoyándome y brindándome lo necesario, a mi hermana Marcela por estar siempre a mi lado en todos los momentos y por ser más que mi hermana mi mejor amiga.

A toda mi familia por su apoyo y motivación durante todos estos años

A mis compañeras y amigas de la universidad javeriana que estuvieron acompañándome, ayudándome, y motivándome en todo momento.

AGRADECIMIENTOS

La autora del presente trabajo agradece a Dios por permitirme culminar satisfactoriamente este trabajo, brindándome salud y conocimientos.

A mi asesora la profesora Diana Lozano, por su acompañamiento, motivación colaboración y por compartir todos sus conocimientos, durante la elaboración de este trabajo.

A la Pontificia Universidad Javeriana por transmitirme los elementos necesarios para desarrollar y culminar satisfactoriamente este trabajo.

A mis compañeras y amigas de la universidad por ser un gran apoyo, a Nidia Ayala por estar siempre pendiente de mí.

A Milton Moreno por darme su ánimo y estar presente en momentos importantes.

Nota de Aceptación

Firma del Presidente Jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Bogotá, D. C., Noviembre 17 de 2010.

NOTA DE ADVERTENCIA

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por los alumnos en sus trabajos de tesis. Solo velará porque no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y porque las tesis no contengan ataques personales contra persona alguna, antes bien se vea el anhelo de buscar la verdad y justicia”

Artículo 23 de la Resolución N° 13 de Julio de 1946.
Reglamento de la Pontificia Universidad Javeriana.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN.....	16
JUSTIFICACIÓN Y SITUACIÓN PROBLEMA.....	18
EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES: LAS – ECNT.....	19
PLANTEAMIENTO DE LA PREGUNTA Y DEFINICIÓN OPERATIVA DE TÉRMINOS.....	25
PLANTEAMIENTO DE LA PREGUNTA.....	25
DEFINICIÓN OPERATIVA DE TÉRMINOS.....	25
OBJETIVOS.....	27
OBJETIVO GENERAL.....	27
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
PROPÓSITO.....	28
1. MARCO TEÓRICO.....	29
1.1 EDUCACIÓN PARA LA SALUD.....	29
1.2 EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN ADULTOS.....	32
1.3 EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	35
1.4 ENFERMERÍA Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD.....	36
1.4.1 Promoción de la Salud y Educación para la Salud.....	36
2. METODOLOGÍA.....	40
2.1 TIPO DE ESTUDIO.....	40
2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	41
2.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	41
2.4 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	41
2.5 ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	42
2.6 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	43
3. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	45

3.1 DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DOCUMENTAL SELECCIONADOS.....	45
4. CONCLUSIONES	80
BIBLIOGRAFÍA.....	83
ANEXOS	

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Resultados de la Estrategia de Búsqueda General	42
Tabla 2. Artículos según Diseño Metodológico	46
Tabla 3. Relación de las Variables de Análisis	53
Tabla 4. Variables del estudio y su medición	54
Tabla 5. Resultados de las Intervenciones De Acuerdo A La Población, Intervención Y Diseño Metodológico.....	57

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1. LOCALIZACIÓN DE RESÚMENES

ANEXO 2. FICHA DESCRIPTIVA. ESTRUCTURA DE LOS ARTÍCULOS

ANEXO 3. PLANTILLA PARA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

ANEXO 4. PLANTILLA PARA ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS - DESCRIPTIVOS

ANEXO 5. PLANTILLA PARA ENSAYOS CLÍNICOS

ANEXO 6. PLANTILLA PARA ESTUDIOS CUASI – EXPERIMENTALES

INTRODUCCIÓN

El programa de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), se orienta a incrementar el conocimiento de las personas acerca de su enfermedad, centrándose en el control adecuado y sus secuelas. Desde esta perspectiva la educación para la salud es una estrategia primordial y central en dichos programas y se define como la transmisión de la información al individuo sobre la prevención y control de la enfermedad, teniendo en cuenta sus aspectos físicos, psicológicos, socioculturales y ambientales que puedan influir en el desarrollo de su auto cuidado y su salud.

La educación para salud es clave en todos los ámbitos de atención sanitaria, inicia en el hogar, fomentando acciones al individuo y su grupo familiar en torno a la adopción de estilos saludables. Por su parte, en las instituciones de salud especializadas en los diferentes niveles de atención, es el personal de salud, incluyendo médicos, enfermeras y demás profesionales los responsables de los programas que incluyen la educación para la salud, con el propósito de mejorar la calidad de vida de las personas y/o modificar comportamientos en pro de la salud.

Hay consenso sobre la importancia de considerar diversos enfoques teóricos y metodológicos para desarrollar la educación para la salud. Algunas, destacan las intervenciones grupales, otras individuales pero en general, en los últimos años se han realizado investigaciones para mejorar los conocimientos y las prácticas en torno al manejo de las ECNT, teniendo en cuenta las motivaciones, barreras, e intereses de la población. Así mismo, estos estudios enfatizan en los beneficios de incentivar las actividades físicas, de relajación y recreación; otras intervenciones destacan la necesidad de mirar al individuo de manera independiente y así definir sus necesidades.

A partir de las dificultades identificadas en torno a la educación para la salud del programa de ECNT en una institución de salud de primer nivel en Bogotá, en la cual los usuarios manifiestan desconocimiento de temas relacionados con su enfermedad y falta de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de su enfermedad, el presente trabajo se propuso reconocer las características de intervenciones de educación para la salud, en el tratamiento y control de la hipertensión arterial en servicios de Atención primaria en salud, publicadas en Latinoamérica durante el período 2000 – 2010. Para lograr el objetivo planteado se realizó un estudio de tipo documental utilizando algunos elementos de la metodología de enfermería basada en la evidencia –EBE-.

Ente los resultados relevantes alcanzados, se destaca que las intervenciones educativas con personas hipertensas se orientan a disminuir los niveles de presión arterial y a mejorar los conocimientos con respecto a su enfermedad. Los documentos analizados muestran que es necesario desarrollar intervenciones con

tiempo y dedicación basadas inicialmente en un diagnóstico de necesidades implementación y una posterior evaluación. Se destacan las intervenciones de tipo grupal con no más de 20 participantes y que abarcan todos los aspectos del ser humano biopsicosocial. Y en todo caso, las sugerencias de los participantes son la clave para orientar dichas intervenciones. En cuanto al uso de los resultados del presente estudio se pretende aportar elementos que contribuyan a mejorar las dificultades presentadas en el taller educativo del programa de ECNT, en la institución de salud antes mencionada.

JUSTIFICACIÓN Y SITUACIÓN PROBLEMA

La Organización mundial para la salud -OMS- considera que la educación para la salud se centra, no solo como la transmisión de información, sino de manera especial en el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud de los individuos, familias y comunidades. Por lo tanto, su planeación, ejecución y evaluación requiere enmarcarse en el contexto de condiciones sociales, económicas, ambientales, factores de riesgo, modos de vida y características del sistema sanitario de los sujetos. De tal manera que, la educación para la salud implica comunicación, información y desarrollo de habilidades personales¹.

La educación para la salud es un elemento fundamental de atención primaria en salud -APS-. Desde la conferencia internacional sobre APS Alma Ata 1978, se planteó la necesidad urgente que todos los gobiernos y la comunidad mundial protejan y promuevan la salud de los pueblos del mundo, es por eso que la APS se asume como el primer elemento de un proceso permanente de atención sanitaria, y el primer nivel de contacto con los individuos, la familia y la comunidad con el sistema de salud, donde se promueva la participación, el desarrollo de responsabilidad y la autodeterminación. Por lo tanto, la APS comprende cuando menos las siguientes actividades: educación sobre los principales problemas de salud, los métodos de su prevención, la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada entre otras.² Es así como el componente de educación para la salud, es prioritario en el primer acercamiento de los sistemas sanitarios con la población.

Así mismo, la educación para la salud se planteó entre las estrategias centrales de la promoción para la salud. En la carta de Ottawa fue establecida como un prerrequisito para la salud, que debe proporcionar los medios que permitan a la población desarrollar su salud potencial, y ejercer control sobre la misma. De tal manera, que su desarrollo implica un ambiente apropiado por parte del educador para facilitar el proceso de enseñanza y aprendizaje con métodos orientados a la identificación de los problemas, el análisis, el dialogo, la reflexión crítica y la toma de conciencia para la transformación de la realidad desde el diagnóstico de necesidades que realiza el educador, en coordinación con la comunidad, para

¹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - OMS. Glosario de términos. Ginebra, Suiza. 1998. [en línea]. Disponible en Internet en: http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf. Consultado en: Septiembre de 2010.

² *Ibid.* Declaración de Alma ata. [en línea]. Disponible en Internet en: http://www.Paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm. Identificado en 8/08/2006. p. 153-157. Consultado en: Septiembre de 2010.

planificar las acciones educativas y dar solución a los problemas³. Los principales recursos para la participación y el empoderamiento de la población, son la educación para la salud incluida en la promoción de la salud, debido a que fomenta el cuidado, y dirige sus esfuerzos, tanto a la población general, como a los individuos en el contexto de su vida cotidiana.

El fundamento teórico de la educación para la salud desde los diversos modelos pedagógicos tiene como eje transversal la consideración del espectro en el proceso salud -enfermedad y por su puesto la estructura organizativa del sistema sanitario desde donde se realice y los actores que implique. En general, se requiere de un trabajo interdisciplinario con participación activa de la comunidad. Por lo tanto, de acuerdo con el objetivo que se propongan los participantes, un programa de educación para la salud se orienta entre otros aspectos a promocionar hábitos de vida saludables; en acciones que permitan limitar el daño o retardar las complicaciones⁴.

Siendo la educación para la salud, objetivo mundial en los diversos programas de salud, y buscando como meta modificar algunos comportamientos y prácticas nocivas para la salud, se considera pertinente plantear estrategias o intervenciones, que permitan a la población adulta prevenir y mantener control sobre su salud y/o enfermedad.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES: LAS – ECNT.

La 63^a Asamblea Mundial de la salud en Ginebra Mayo del 2010, consideró el tema de las ECNT a nivel mundial destacándose que, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes están relacionadas con la muerte de aproximadamente 35 millones de personas cada año. Casi el 90% de las muertes sobrevenidas antes de los 60 años se producen en los países en desarrollo y son en gran medida prevenibles⁵. Según estadísticas sanitarias mundiales de la OMS la carga mundial de morbilidad está pasando de las enfermedades infecciosas a las enfermedades no transmisibles;

³ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - OPS. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. [en línea]. Disponible en Internet en: <http://www.Paho.org./Spanish/AD/SDE/HS/OttawaCharterSp.pdf>. Consultado en: Septiembre de 2010.

⁴ GONZÁLEZ, Martha. Historia Natural de la Enfermedad. Neuquén, Argentina. Abril de 1999. [en línea]. Disponible en Internet en: <http://aps1.110mb.com/Historia%20Natural.pdf>. Consultado en: Septiembre de 2010.

⁵ SEXAGÉSIMA TERCERA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. En: Resoluciones adoptadas. (Mayo 17-21 de 2010, Ginebra, Suiza. [en línea]. Disponible en Internet en: www.who.int/mediacentre/events/2010/wha63/.../index.html. Consultado en: Septiembre de 2010.

las afecciones crónicas como las cardiopatías y el accidente cerebro vascular, son hoy por hoy las principales causas de defunción en todo el mundo⁶.

Las enfermedades cerebro vasculares son la primera causa de muerte a nivel mundial: más personas mueren anualmente de las ECV que de otra causa; 17,5 millones de personas murieron de las ECV en 2005, representando un 30% de todas las defunciones. De estas defunciones, unos 7,6 millones se debieron a cardiopatía coronaria y 5,7 millones a accidente cerebro vascular. Más del 80% de muertes por ECV tienen lugar en los países de ingresos bajos y medianos, ocurren casi por igual en los hombres y en mujeres. Para el 2015, casi 20 millones de personas morirán de ECV, principalmente de cardiopatías y accidentes cerebro vasculares. Se estima que éstas continuarán siendo la principal causa de muerte a nivel mundial.⁷

Con respecto a las enfermedades cardiovasculares causadas por trastornos del corazón y vasos sanguíneos, se incluyen dentro de este grupo la cardiopatía coronaria, la enfermedad cerebro vascular, la hipertensión arterial, la arteriopatía periférica, la cardiopatía reumática, cardiopatía congénita e insuficiencia cardíaca. Estas enfermedades cardiovasculares tienen como causa principal: el consumo de tabaco, la inactividad física y un régimen alimentario insalubre. En suma, las enfermedades crónicas son causa principal de muerte y discapacidad en el mundo; a ellas se atribuyen más de 60% de las defunciones y la mayoría de los costos sanitarios. Los factores relacionados con su aparición son la hipertensión arterial, la obesidad, la hiperglucemia y la hiperlipidemia, afecciones ocasionadas a su vez por factores del modo de vida y el comportamiento.⁸

En Colombia, una de las afecciones crónicas de mayor prevalencia es la hipertensión arterial, al respecto la Sociedad Colombiana de Cardiología afirma que, es una enfermedad de alta prevalencia con tasas entre 10% y 73%. Es, además, la primera causa de enfermedad coronaria, falla cardíaca y evento cerebro vascular, y la segunda causa de falla renal. Es así como en el 35% de los eventos cardiovasculares y en el 49% de las fallas cardíacas, se encuentra hipertensión arterial y se asocia con industrialización, migración, primer grado de consanguinidad y características psicosociales como ingreso económico, hábitat y rasgos de personalidad⁹.

⁶ FLECK, Fiona. OMS. Las enfermedades no transmisibles ya son las que más víctimas causan en el mundo. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2008. [en línea]. Disponible en Internet en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr14/es/>. Consultado en: Septiembre de 2010.

⁷ OMS – OPS. Chile. Enfermedades cardiovasculares en el mundo. [en línea]. Disponible en Internet en: http://new.paho.org/chi/index.php?option=com_content&task=view&id=172&Itemid=259. Consultado en: Septiembre de 2010.

⁸ *Ibíd.* Proyecto De Plan Estratégico 2008-2012. 140ª Sesión del Comité Ejecutivo.

⁹ Revista Colombiana de Cardiología. Guías colombianas para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Medellín. Febrero de 2007. Vol. 13. Suplemento 1.

Es posible que la HTA se convierta en una epidemia nacional, para evitarlo se debe insistir en el mejoramiento de los hábitos saludables, en el tratamiento farmacológico y, adicionalmente, explorar situaciones del contexto que pueden influir en su principio o gravedad¹⁰, por tanto, en todos los casos los programas de detección y control de la hipertensión deben ser acompañados de una intervención educativa orientada a los modos, condiciones y estilos de vida de los individuos y grupos, teniendo en cuenta el contexto político, económico, social y cultural que lo rodea.

Uno de los temas centrales en el cuidado de las enfermedades crónicas no transmisibles -ECNT- es la educación para la salud, destacando su importancia en la prevención, promoción, tratamiento, y control de dichas enfermedades. Desde esta perspectiva la educación para la salud es tema central de investigaciones e intervenciones en todos los niveles de atención y por su puesto en la promoción de la salud. Al respecto, es importante destacar la propuesta del programa CARMEN, que es un proyecto diseñado en Colombia con el fin de trabajar en la reducción y el control de los factores de riesgo que reducirá las ECNT incluyendo la hipertensión arterial. Entre sus propósitos se destaca fomentar la participación y el trabajo intersectorial, disminuir las enfermedades y las muertes por infarto, diabetes, colesterol alto, e hipertensión arterial, conocer la situación real de estas enfermedades en la comunidad y vincular a la comunidad en el cuidado de su salud entre otros. Este proyecto se desarrolla teniendo en cuenta los principales factores de riesgo que están ocasionando la aparición de estas enfermedades crónicas entre ellos se encuentran: uso del tabaco, hábitos alimentarios no saludables, alcohol, sedentarismo, colesterol alto e HTA¹¹. Este proyecto coordina acciones de promoción de la salud, prevención y control de la enfermedad, en estos aspectos es prioritaria la acción educativa que permite el desarrollo de capacidades, para influir en cambios en los comportamientos de salud disminuyendo los factores de riesgo y mejorando el control de las enfermedades.

Por otro lado el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia (SGSSS) considera la hipertensión arterial, como una de las enfermedades de interés en salud pública definida en el Acuerdo 117 de 1998, que establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública, en su artículo 7, define las condiciones patológicas a considerar, entre ellas la hipertensión arterial por su alto impacto en la salud colectiva que amerita atención

¹⁰ BERENA, Patricia et al. Los Modelos Pedagógicos en los Programas de Hipertensión Arterial: entre la Experiencia y los Aprendizajes. Perspectivas En Nutrición Humana. Julio-Diciembre de 2007. Vol. 9. Nº. 2. Medellín: Universidad de Antioquia. p. 141-152.

¹¹ OMS - OPS. Prevención y control de enfermedades. Carmen: Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles. Colombia. [en línea]. Disponible en Internet en: <http://www.col.ops-oms.org/prevencion/carmen.asp>. Consultado en: Septiembre de 2010.

y seguimiento especial, y que de no recibir control constante y adecuado, se constituye en factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades de mayor gravedad con secuelas irreversibles: invalidez y muerte prematura¹².

De tal manera que, entre normatividad vigente se obliga a las entidades promotoras de salud –EPS-, a las instituciones prestadoras de salud –IPS-, a las direcciones seccionales distritales y locales de salud, a través de la resolución 412 del 2000 del Ministerio de Salud de Colombia, (Hoy Ministerio de la Protección Social) a establecer actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida con acciones de protección específica, detección temprana y la atención a la población¹³, la cual deben asumir estrategias educativas para el autocontrol y empoderamiento de las personas sobre su salud. En este sentido, la norma deja en libertad a cada institución de definir las diferentes prácticas pedagógicas en sus programas.

Dentro de este panorama y ante la importancia indiscutible de aportar al mejoramiento del cuidado de la salud para la prevención, tratamiento y control de las ECNT en el país, el grupo de investigación Proceso Sociales y Salud del Departamento de enfermería de Salud Colectiva ha iniciado la construcción de una línea de investigación que aporte al cuidado de la salud del adulto mayor desarrollando sus proyectos en torno conductas buscadoras de salud. Es así, como, en el primer período académico de 2010 se llevó a cabo el trabajo de grado: Características del proceso de comunicación equipo de salud – adulto mayor con diagnóstico de hipertensión arterial¹⁴, con el objetivo de reconocer las características del proceso de comunicación, equipo salud - adultos mayores en la consulta médica y taller educativo del programa de enfermedades crónicas en una institución de salud de primer nivel de atención en Bogotá.

Entre los resultados del mencionado proyecto, es importante destacar los relacionados con el taller educativo, por las implicaciones que tiene en la vinculación de los adultos mayores a su auto cuidado y de manera especial por la responsabilidad que le compete al profesional de enfermería, principal responsable de esta actividad educativa dentro de programa de ECNT. A continuación se hace una síntesis de los resultados en cuestión.

¹² Ministerio de Salud. República De Colombia. Acuerdo 117 de 1998, Diciembre 29 ... Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública. 1998.

¹³ Ministerio de la Protección Social. República De Colombia. Resolución N° 412 de 2000, febrero 25: ...Por la cual se 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. 2008.

¹⁴ FIRIGUA, Daniela. “Características del proceso de comunicación equipo de salud-adulto mayor con hipertensión arterial. Programa de enfermedades crónicas no trasmisibles. Institución primer nivel de atención”. Trabajo de grado. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Enfermería. 2010. p. 149.

En el estudio se identificaron aspectos y apreciaciones por parte, tanto del equipo de salud como de los adultos mayores, frente al taller educativo del programa para las personas hipertensas, las cuales se pueden resumir en la falta de reconocimiento de las condiciones de tipo personal y social de los usuarios, quienes solicitan ser escuchados en sus inquietudes sobre el cuidado de su salud. Por su parte, el equipo de salud considera que, condiciones de tiempo, espacio, y las normas del programa les impide dedicar el tiempo necesario a los ancianos, obligándolos a desarrollar la educación para la salud de forma masiva y rápida, sin la posibilidad de una retroalimentación lo que dificulta que el usuario sea una parte activa durante la interacción y en consecuencia adopte un papel pasivo.

En relación a las recomendaciones sobre el cuidado y los conocimientos impartidos en el taller educativo, se concluyó que la educación impartida sobre la hipertensión es incompleta y descontextualizada, no se tienen en cuenta los cambios funcionales de los adultos mayores (deterioro funcional, pérdida de la visión y la audición), las necesidades y condiciones individuales, lo cual ocasiona falta de atención y dificulta la interpretación, comprensión de la información y recomendaciones para el cuidado de la enfermedad.

De tal manera que, teniendo en cuenta el comportamiento epidemiológico de las ECNT específicamente la HTA y las dificultades encontradas en el taller educativo anteriormente descritas, el presente trabajo de grado, pretende hacer un aporte brindando elementos que permitan considerar diferentes alternativas de educación para la salud con miras a hacer ajustes en el taller educativo del mencionado programa. Con este interés y teniendo en cuenta que en la última década se han realizado en Latinoamérica estudios de investigación centrados en intervenciones educativas orientadas a medidas farmacológicas y no farmacológicas para el control de las ECNT y en particular para la hipertensión arterial se planteó el siguiente interrogante: ¿Cuáles son las características de las intervenciones de educación para la salud en el tratamiento y control de la hipertensión arterial en servicios de atención primaria en salud , publicadas en Latinoamérica durante el período 2000 – 2010?

La respuesta a este interrogante se hizo mediante un estudio documental aplicando algunos elementos de la metodología, enfermería basada en la evidencia, considerando la necesidad de utilizar los resultados de la investigación en salud existentes para realizar modificaciones e innovaciones en el cuidado de enfermería en beneficio de las personas y las instituciones.

Por lo tanto los resultados del presente estudio brindan elementos al programa de la institución en referencia, para mejorar las estrategias educativas dirigidas al adulto, lo que les permitirá una mayor comprensión de los temas y motivación esto con una adecuada interacción y comunicación, elementos que favorecen el cambio en los estilos de vida y participación en el autocuidado de la salud.

En la profesión de enfermería, la educación para la salud es pilar fundamental en el desarrollo de auto cuidado, en este sentido, Oren D¹⁵, hace referencia a que el autocuidado es una práctica que llevan las personas por su propia parte, con el fin de mantener un funcionamiento vivo y sano, y que se requieren de unos requisitos que son acciones necesarias para la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, estos requisitos comprenden controlar los factores que mantienen el funcionamiento de la vida, la salud, y el bienestar.

Para desarrollar la práctica de auto cuidado es importante conocer las herramientas para favorecer ese cambio en los estilos de vida, esto por medio de los métodos de ayuda y/o educación que son una serie de acciones que si se llevan a cabo, resolverán o compensarán las limitaciones asociadas a la salud de las personas que se comprometen a realizar acciones para regular su propio funcionamiento y desarrollo, la enfermera selecciona los métodos de ayuda en relación a las necesidades de las personas y las limitaciones asociadas a su estado de salud, entre ellos se destacan: Guiar y dirigir, ofrecer apoyo físico y psicológico, ofrecer y mantener un entorno que fomente el desarrollo personal¹⁶. Desde esta perspectiva se destacan los aportes de la enfermería para el desarrollo del auto cuidado basándose en identificar las necesidades del individuo y desde allí brindar educación.

¹⁵ OREM, Dorothea. Nursing. En: concepts of practice. 5 ed. 1995. Citado por: TOMEY, Marrimer A. y ALLIGUD, M. Modelos y teorías de enfermería. Madrid, España. 2005. p. 191.

¹⁶ *Ibíd.*, p. 194.

PLANTEAMIENTO DE LA PREGUNTA Y DEFINICIÓN OPERATIVA DE TÉRMINOS

PLANTEAMIENTO DE LA PREGUNTA.

¿Cuáles son las características de las intervenciones de educación para la salud en el tratamiento y control de la hipertensión arterial en servicios de Atención primaria en salud, publicadas en Latinoamérica durante el período 2000 – 2010?

DEFINICIÓN OPERATIVA DE TÉRMINOS.

Intervenciones de educación para la salud tratamiento y control de la hipertensión arterial.

Para definir esta categoría se retomó el concepto de educación para la salud entendida como la transmisión de información, con visión crítica holística y socio constructivista que pretende generar transformación colectiva, empoderamiento, participación y estimular en el individuo nuevas formas de pensar y de actuar para que modifique factores que influyen en su bienestar y en su calidad de vida. Por lo tanto, se procura conducir al individuo a una actitud de cambio para que aplique las medidas preventivas o correctivas que le permitan mejorar las condiciones de salud y su calidad de vida en medio de su colectividad¹⁷.

Para efectos del presente trabajo, se consideraron las intervenciones de educación para la salud a todas las acciones, estrategias, y programas educativos orientados a reforzar estilos de vida relacionados con el control de los factores de riesgo, y el riesgo cardiovascular en personas con diagnóstico de Hipertensión arterial. Estas intervenciones fueron las reportadas en artículos de investigación científica publicados entre 2000 y 2010 en las bases de datos, Lilacs, Bireme, y Scielo; en los idiomas inglés, español y portugués. Cada una de las intervenciones educativas reportadas en los artículos fueron analizadas teniendo en cuenta sus características, la forma de implementación y/o resultados obtenidos por su aplicación.

En relación a otros criterios de selección de los artículos científicos seleccionados, incluidos en el plan de búsqueda del presente trabajo, se consideraron intervenciones educativas a personas y grupos con diagnóstico de hipertensión arterial (preferiblemente) y/o de otra enfermedad crónica no transmisible; y que las intervenciones educativas fueran realizadas en los servicios de atención primaria. Respecto a la edad de los participantes en un primer momento se limitó a adultos mayores, sin embargo por consideraciones conceptuales relacionadas con la educación para adultos, se decidió incluir estudios dirigidos a adultos en general.

¹⁷ ORJUELA, Olga Lucia; ALMONACID C., Carmen y CHALA, María del Socorro. Educación para la salud: programas preventivos. Bogotá, Colombia. Ed. Manual Moderno. 2007. p. 447.

En el capítulo de metodología se describe en detalle el procedimiento de selección de documentos. (Véase pág. 34)

Servicio de Atención primaria en Salud

La declaración de Alma Ata define la Atención Primaria en Salud como la asistencia sanitaria esencial, accesible, a un costo que el país y la comunidad puedan soportar, realizada con métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, enfatiza que todo el mundo debe tener acceso a una atención primaria de salud y participar en ella. La atención primaria de salud abarca equidad, implicación, participación de la comunidad, intersectorialidad, adecuación de la tecnología y costos permisibles. Como conjunto de actividades, la atención primaria de salud debe incluir como mínimo la educación para la salud de los individuos y de la comunidad sobre la magnitud y naturaleza de los problemas de salud e indicar los métodos de prevención y el control¹⁸.

En Bogotá, los servicios de Atención primaria en Salud corresponden a Instituciones Prestadoras De Salud De Primer Nivel que, de acuerdo con la norma emitida en 1990 por el Concejo De Bogotá, una institución de primer nivel está compuesto por: Unidades Básicas de Atención y Unidad Primaria de Atención, donde se prestan los servicios básicos de salud por el médico, odontólogo, trabajadora social, auxiliar de enfermería y promotores de salud. Centros de Atención Médica Inmediata (CAMI), capacitado para atención de partos de bajo riesgo, consulta externa médica, odontológica y atención de urgencias durante las 24 horas del día, con los servicios de consulta externa médica y odontológica, atención de urgencias y hospitalización para patologías de baja complejidad y atención al medioambiente¹⁹.

¹⁸ OPS. Declaración de Alma Ata. Op. cit. p. 6.

¹⁹ Concejo De Bogotá. Republica De Colombia. Acuerdo 20 de 1990, Diciembre 8: ... Por el cual se organiza el Sistema Distrital de Salud de Bogotá [En línea]. Disponible en Internet en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=2040>. Consultado en: Agosto de 2010.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Reconocer las características de intervenciones de educación para la salud, en el tratamiento y control de la hipertensión arterial en servicios de Atención primaria en salud, publicadas en Latinoamérica durante el período 2000 – 2010.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Describir y analizar los artículos seleccionados, teniendo en cuenta aspectos generales de un artículo científico y sus características metodológicas.
- Analizar las características de las intervenciones de educación para la salud reportadas en investigaciones científicas teniendo en cuenta su posible aplicación en el programa de ECNT de una institución de salud de primer nivel en Bogotá.

PROPÓSITO

El presente estudio ofrece elementos para implementar intervenciones de educación para la salud del programa de Hipertensión arterial y enfermedades crónicas no transmisibles de una institución de salud de primer nivel de atención. De tal manera que se contribuya a mejorar la salud del adulto mayor, y en consecuencia a disminuir las complicaciones producidas por la enfermedad.

En este mismo sentido, se ofrece información que aporte al enriquecimiento de los enfoques teórico y metodológico de la formación del profesional de enfermería y concretamente a los núcleos de formación de la carrera de enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana, relacionados con promoción de la salud; educación para la salud; enfermería en colectivos; y atención de enfermería en la adultez y vejez. Asimismo, el presente proyecto contribuye al desarrollo de la línea de investigación, cuidado de enfermería al adulto mayor, del grupo de investigación Procesos Sociales y Salud del departamento de enfermería en salud colectiva de la Pontificia Universidad Javeriana.

1. MARCO TEÓRICO

Teniendo en cuenta el objetivo central del presente trabajo de grado en términos de reconocer las características de intervenciones de educación para la salud, en el tratamiento y control de la hipertensión arterial en servicios de Atención primaria en salud se consideró pertinente analizar los resultados de los documentos analizados teniendo en cuenta lineamientos generales propuestos en la educación para la salud.

Asimismo, y en consideración a los aportes de la profesión de enfermería al tema se sintetizan los postulados de las teoristas Nola Pender y Dorotea Orem con el ánimo de considerar las intervenciones de salud analizadas desde estas perspectivas. Por lo tanto, este aparte del presente documento se organizó en el siguiente orden. Primero se hace alusión a aspectos generales y metodológicos de la educación para la salud y a los principios propuestos por las teoristas antes mencionadas sobre el tema.

1.1 EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

Con respecto a los aspectos generales, la educación es vista como un proceso representado por cualquier influencia sobre el individuo que lo haga capaz de adquirir conocimientos, aptitudes actitudes, y comportamientos que acepte su grupo social. Algunos se refieren a la influencia directa en el individuo, y otros a los intereses, aspiraciones y necesidades del grupo social al que pertenece²⁰. En este aspecto se identifican dos enfoques educativos; el individualista y el sociológico. Desde el punto de vista filosófico varios autores mencionan algunos de los dos sentidos o enfoques anteriormente mencionados que se le dan a la educación, a continuación estos tres conceptos se refieren a la influencia de la educación directamente en el individuo.

“La educación tiene por objeto dar al cuerpo y al alma toda la belleza y la perfección de que son susceptibles “. Platón.

“La educación tiene por fin el desarrollo en el hombre de toda la perfección que su naturaleza trae consigo”. Emmanuel Kant.

“La educación persigue el desarrollo armónico de la personalidad”. Juan Jacobo Rousseau.

En relación al enfoque sociológico se presenta este concepto, *“La educación es la cultura que cada generación da a la que debe sucederle, para hacerla capaz de*

²⁰ ÁLVAREZ ALVA, Rafael. Educación para la salud: Algunos conceptos acerca de la educación. Editorial Manual Moderno. Segunda Edición. 2005. p. 35.

conservar los resultados de los adelantos que han sido hechos, y si se puede, llevarlos más allá". J Stuart Mill.

Finalmente en este concepto se mencionan los dos enfoques o sentidos de la educación, el individualista y el sociológico. *"La educación es un proceso de adaptación progresiva de los individuos y los grupos sociales al ambiente; y que determina, individualmente, la formación de la personalidad, y socialmente, la conservación y renovación de la cultura", Bettencourt²¹*. En este caso se manifiesta la necesidad de educación cuyo propósito es promover la satisfacción de las necesidades individuales y colectivas.

Desde el punto de vista de la educación para la salud, Álvarez R²², la define como algo más que una información de conocimientos respecto de la salud. Es enseñanza que pretende conducir al individuo y a la colectividad a un proceso de cambio de actitud y de conducta, para la aplicación de medios que les permitan la conservación y mejoramiento de su salud. Es además, una acción que tiende a responsabilizarlos de su propia salud, la de su familia y la del grupo social al que pertenecen. Aunque la información es necesaria, no es suficiente; solo puede hablarse de educación cuando se ha conseguido un cambio favorable para la salud. En este sentido se resalta la educación como una manera de comunicación que de ser adecuada puede conducir a mejorar la calidad de vida de las personas y/o modificar comportamientos.

Además este mismo autor considera que la educación pueden expresarse en tres sentidos, el social, el individual y el trascendente, el sentido individual proporciona una adecuada atención a cada individuo según sus posibilidades, favoreciendo el desenvolvimiento de su personalidad, el sentido social prepara a las nuevas generaciones para recibir, conservar y enriquecer la herencia cultural del grupo; prepara así mismo los procesos de subsistencia y organización de los grupos humanos, y el sentido trascendente orienta al individuo hacia la aprehensión del sentido estético y poético de las cosas, de los fenómenos y de los hombres con el propósito de proporcionarle vivencias más profundas y desinteresadas.²³ Estos sentidos de la educación proporcionan herramientas para dirigir las actividades educativas no solamente de manera grupal si no acercándonos más al individuo, orientándose a conocerlo y a identificar otras necesidades interiores que puedan influir en su estado de salud.

Orjuela O²⁴, define la educación para la salud como transmisión de información, con visión crítica holística y socio constructivista que pretende generar transformación colectiva, empoderamiento, participación y estimular en el individuo

²¹ *Ibíd.*, p. 3.

²² *Ibíd.*, p. 35.

²³ *Ibíd.*, p. 5.

²⁴ ORJUELA; ALMONACID; CHALA. Op. cit. p.6.

nuevas formas de pensar y de actuar para que modifique factores que influyen en su bienestar y en su calidad de vida. Por lo tanto, se procura conducir al individuo a una actitud de cambio para que aplique las medidas preventivas o correctivas que le permitan mejorar las condiciones de salud y su calidad de vida en medio de su colectividad

Según Redondo P.,²⁵ la educación para la Salud es un proceso de comunicación interpersonal dirigido a propiciar las informaciones necesarias para un examen crítico de los problemas de salud y así responsabilizar a los individuos y a los grupos sociales en las decisiones de comportamiento que tienen efectos directos o indirectos sobre la salud física y psíquica individual y colectiva.

Teniendo en cuenta los conceptos de educación para salud y su aporte para la salud de las personas, la OMS plantea sus principales objetivos así:

- Definir sus propios problemas y necesidades
- Comprender lo que pueden hacer acerca de estos problemas con sus propios recursos combinados con el apoyo exterior
- Decidir cuál es la acción más apropiada para fomentar una vida sana y el bienestar de la comunidad.²⁶

En este sentido la educación para la salud busca el desarrollo de capacidades personales, que contribuyan a la toma de decisiones sobre su cuidado y el de su familia, con el apoyo del sistema de salud.

Por otro lado, en cuanto a la planificación de actividades es importante partir de un esquema de necesidades, la búsqueda de solución de problemas se empieza con un diagnóstico teniendo en cuenta que cada individuo posee saberes y experiencias, que tiene una cultura arraigada y unas costumbres que no hay que desconocer pero que tampoco son imposibles de modificar.²⁷ En este aspecto la enfermera realiza un plan de cuidado basado en la elaboración de un plan de atención de enfermería, que será de mucha ayuda a la hora de brindar educación en salud, en este plan podemos identificar las principales necesidades o hallazgos de la población sujeto de la educación; se requiere entonces, proponer un diagnóstico, desarrollar un plan estratégico y finalmente realizar una evaluación para establecer la efectividad de la intervención.

²⁵ REDONDO ESCALANTE, Patricia. Curso de gestión local de salud para técnicos del primer nivel de atención. Introducción a la educación para la salud [en línea]. Costa Rica. 2004. Disponible en Internet en: <http://www.cendeisss.sa.cr/cursos/quinta.pdf>. Consultado en: Octubre de 2010.

²⁶ ORJUELA; ALMONACID; CHALA. Op. cit. p. 27.

²⁷ ORJUELA; ALMONACID; CHALA. Op. cit. p. 29.

1.2 EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN ADULTOS.

En relación a la educación para adultos, esta se define como la totalidad de los procesos organizados de educación, sea cual sea su contenido, el nivel o método, sean formales o no formales, ya sean que prolonguen o reemplacen la educación inicial dispensada en las escuelas o universidades y en forma de aprendizaje profesional, gracias a las cuales las personas consideradas como adultos por la sociedad a la que pertenecen, desarrollan sus aptitudes, enriquecen sus conocimientos, mejoran sus competencias o les dan una nueva orientación, y hacen evolucionar sus actitudes o su comportamiento en la doble perspectiva de un enriquecimiento integral del hombre y una participación en su desarrollo socioeconómico cultural y de salud equilibrado e independiente²⁸. En este sentido la salud es un elemento importante en la educación de adultos, y está incluida en los planes de estudio de muchos programas de educación de personas adultas, así como en los programas de educación general. Los proyectos de educación relacionados con la salud ofrecen cursos de salud en general, de nutrición, estilo de vida sano, así como sobre enfermedades específicas y su tratamiento.

En el aspecto de la salud es importante que la educación brindada en adultos sea permanente para mantener un adecuado estado de salud, para que esto se dé se debe desarrollar formación fuera del sistema educativo, en este aspecto es el hombre agente de su propia formación, por medio de la interacción permanente de sus acciones y su reflexión. Estas acciones incluyen saber y hacer lo que es bueno para su salud como, adecuada alimentación, hábitos tóxicos, y actividad física.

Principios de la educación para adultos

La educación en adultos debe basarse en algunos principios estos son, estar concebida en función de las necesidades de los participantes aprovechando sus diversas experiencias, y asignando la más alta prioridad a los grupos menos favorecidos. Es importante motivar la participación del adulto durante la acción educativa esto con el fin de que exprese sus experiencias y desde allí se puedan plantear intervenciones de acuerdo a sus necesidades. Otro principio es suscitar y mantener el interés de los adultos en formación, recurrir a su experiencia, reforzar su confianza en sí mismos y facilitar su participación activa en todas las fases del proceso educativo que les concierne. En este aspecto el fomento del interés por la salud del adulto permite el desarrollo del empoderamiento de su salud importante a la hora de decidir las conductas adecuadas para su salud.

²⁸ CENDALES, Lola. Módulo de Aprendizaje. Programa de Maestría en Educación de Adultos. Módulo I. Universidad de San Buenaventura. Bogotá, D. C.

Otro principio importante es lograr la participación de los adultos, de los grupos y de las comunidades en la adopción de decisiones en todos los niveles del proceso de educación, en particular en la determinación de las necesidades, en la elaboración de programas, en la ejecución y evaluación y en la determinación de las actividades educativas con arreglo a la transformación de la vida de los adultos. Es necesario que el adulto tome la iniciativa de plantear sus programas e implementarlos en su comunidad, esto por medio del liderazgo y la toma de decisiones, determinando que es lo que se necesita para mejorar la salud de las personas y brindar educación.

El siguiente principio de la educación para adultos es estar organizada y llevada a la práctica de manera flexible, tomando en consideración los factores sociales, culturales, económicos e institucionales de cada lugar y sociedad a que pertenecen los educandos adultos, contribuyendo al desarrollo económico y social de toda la comunidad. Cada comunidad a la que se brinda educación tiene diferentes necesidades, y características socioculturales, por eso es necesario conocer bien al grupo de adultos que se educa para plantear las intervenciones teniendo en cuenta de los recursos que se dispone en dichos grupos.

El último principio es reconocer que cada adulto, en virtud de su experiencia vivida es portador de una cultura que le permite ser simultáneamente educando y educador en el proceso educativo en que participa. Los adultos participan como educandos en su comunidad y con sus familias esto los hace más participativos en el proceso de mejoramiento de su salud.

Contenido de la educación de adultos

Las actividades de educación de los adultos situadas en la perspectiva de educación permanente no tienen fronteras teóricas y responden a las situaciones particulares creadas por las necesidades específicas del desarrollo, de la participación en la vida colectiva y el desenvolvimiento individual; tienen por objeto todos los aspectos de la vida y todos los campos del conocimiento y se dirigen a todos los individuos. Se debe dar prioridad a las necesidades específicas de los grupos menos favorecidos en cuanto a la educación se refiere²⁹.

Las actividades de educación deben procurar desarrollar el juicio independiente y crítico y crear o reforzar la competencia necesaria para que cada persona pueda hacerse cargo de los cambios que repercuten en las condiciones de vida, mediante una participación efectiva en la gestión de los asuntos de la sociedad y en todos los niveles del proceso de decisión. Cada individuo asume los cambios

²⁹ *Ibíd.*

favorables en los estilos de vida y los transmite a su familia o la sociedad que lo rodea.

Por otro lado la participación en la educación de adultos no debería estar limitada por razones de sexo, raza, origen geográfico, cultura, edad, situación social, opinión, creencia o nivel de formación previa. En este aspecto es de resaltar que cuando se brinda educación no debe haber distinciones, y que cada individuo posee aportes y experiencias que son elementos enriquecedores en todas las intervenciones educativas.

Con respecto a los adultos rurales y sedentarios , las actividades de educación deben ir encaminadas en particular a contenidos que les permitan mejorar su nivel de vida, sin obligarles a renunciar a sus valores propios, debe basarse en la importancia de las actividades físicas para mejorar su salud y el mantenimiento del peso adecuado mediante una buena alimentación. Para esto se debe tener en cuenta las dificultades con respecto al nivel de recursos, y el nivel de escolaridad, debido a que en algunas poblaciones existen personas con dificultades para leer, escribir o comprender, para ello se debe plantear estrategias de educación específicas para estos grupos.

Con relación a las personas que ya padecen de una enfermedad específica y que tienen una deficiencia física es importante ayudarles a recuperar o evitar las secuelas de dicha afección, esto por medio de incrementar los conocimientos respecto a su enfermedad, cuales serían las consecuencias de no mantener un adecuado estilo de vida, e insistir en tomar medidas tanto farmacológicas como no farmacológicas para el adecuado mantenimiento de su salud. La educación para adultos debe tener el componente de promoción prevención de la enfermedad y sus secuelas.

En cuanto a la educación de los adultos mayores debe ir orientada a garantizar una mejor comprensión de los temas, debido a las dificultades de visión audición o comprensión que pueden tener debido a la edad, en este aspecto se deben elaborar contenidos claros ilustrativos y que incentiven a vivir en buena salud y encontrar un mayor sentido a la vida. A quienes han salido ya de la vida activa se debe enfocar en la conservación de sus facultades físicas y el mantenimiento de su participación en la vida colectiva.

Con relación a la educación de los jóvenes se debe ayudarles a adquirir un complemento de educación con el objeto de desarrollar su capacidad de comprender los problemas de la sociedad, y asumir en ellas unas responsabilidades, esto quiere decir que se debe insistir en el cuidado de su propia salud y la del grupo que los rodea.

1.3 EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

Uno de los elementos importantes para que la educación en HTA sea de mayor calidad es proporcionar al usuario, una información básica sobre ese factor de riesgo, por lo tanto la educación constituye una de las labores más importantes a realizar por los profesionales de enfermería en este aspecto. Para ello los objetivos principales deben ser: facilitar información sobre prevención cardiovascular, en general y sobre la HTA, en particular, y conseguir la participación directa del hipertenso en el proceso asistencial de manera que se sienta responsable del tratamiento en la modificación de hábitos y cumplimiento del tratamiento³⁰.

Información básica que debe recibir el hipertenso

El conocimiento de la HTA como factor de riesgo cardiovascular y especialmente en el contexto de la prevención cardiovascular es una condición necesaria, aunque no suficiente, para tratar de mejorar el control de las cifras de presión arterial, los elementos de esta información deben contener: Que es la HTA, la HTA como factor de riesgo cardiovascular, destacar el carácter asintomático y crónico de la HTA, cómo se diagnostica la hipertensión, destacar la variabilidad de la PA, repercusiones de la HTA en el organismo, principales causas de la HTA, síntomas de la HTA, hábitos y factores relacionados con la HTA, factores de riesgo asociados con la HTA, tipos de tratamiento. Implementación de la dieta hiposódica, ejercicio físico, Información y recomendaciones sobre el tratamiento, normas para facilitar el cumplimiento, efectos secundarios de los diferentes fármacos antihipertensivos, necesidad de un control periódico a largo plazo.

Para conseguir los objetivos antes mencionados se deben de considerar algunas normas elementales de educación como lenguaje sencillo, (escrito o verbal), además de establecer recomendaciones verbales, es muy útil entregar al paciente algún documento que de forma sencilla y clara, explique los temas antes mencionados, puede ser útil una cartilla de hipertensos donde contenga información básica sobre HTA. Es necesario no pretender que el paciente reciba y asimile todos los conceptos en una primera visita, aquellos pacientes que cumplen con el tratamiento y controlan sus cifras de TA deben recibir mensajes de refuerzo.

Habilidades de comunicación

Debe existir una buena relación entre el usuario hipertenso y el profesional, las principales habilidades que se deben tener son: conseguir un clima de confianza, respeto y comprensión mutua, saber preguntar y escuchar, facilitar el flujo de

³⁰ Publicación Hipertensión. Guía Sobre El Diagnóstico Y El Tratamiento De La Hipertensión Arterial En España. 2002. Vol. 19 Suppl 3. p. 67-74. [en línea]. Disponible en Internet en: <http://www.seh-lelha.org/pdf/guiaAnexos.pdf>. Consultado en: Octubre de 2010.

información, clarificar ideas, y negociar cambios de actitudes. Para ello se deben utilizar diferentes técnicas educativas en función de quien recibe la información.

Entrevista personalizada: Es de carácter personal y, por tanto, más adecuada a las necesidades individuales de información de cada paciente.

Implicación de algún miembro de la familia: En determinados casos (especialmente pacientes seniles con dificultades sensoriales y cognitivas) es necesaria la participación de otros miembros de la familia para tratar de garantizar el cumplimiento del tratamiento.

Educación por grupos: permite debatir sobre diferentes aspectos de la HTA, compartir experiencias y motivaciones.

1.4 ENFERMERÍA Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

Uno de los retos del profesional de enfermería corresponde al desarrollo de estrategias de educación para la salud en diferentes ámbitos de su ejercicio. Por lo tanto, requiere competencias sobre las teorías, métodos y técnicas del proceso de enseñanza aprendizaje con sentido de responsabilidad, calidad, creatividad, continuidad y buen trato con los usuarios a quienes se educa, y motivando al usuario para que asuma una activa participación y empoderamiento de su salud. Sin embargo, no es suficiente el bagaje teórico y metodológico sobre la educación para la salud, también es indispensable que ubique su quehacer educativo en el marco de las teorías de enfermería que, para efectos de este trabajo se consideran pertinentes los lineamientos propuestos por Pender y Orem.

1.4.1 Promoción de la Salud y Educación para la Salud. En el sentido de educación para la salud enfermeras teoristas en el mundo como Pender N³¹, resalta que el objetivo de la enfermería es el de ayudar a las personas a cuidar de sí mismas. En su modelo de promoción de la salud identifica los factores cognitivo perceptuales en el individuo tales como la importancia de la salud, los beneficios percibidos de los comportamientos que promuevan la salud, y las barreras que se perciben para modificar esas conductas. Estos factores pueden modificarse por características demográficas, biológicas o por influencias interpersonales, factores situacionales y comportamientos, estos factores ayudan a predecir la participación en la conducta promotora de la salud.

Algunas de las características que afectan las acciones de la salud se relacionan con la conducta previa relacionada; y es aquella conducta del pasado que pueda tener efectos directos o indirectos de la probabilidad de comprometerse con las

³¹ PENDER, Nola. Health promotion. En: Nursing Practice. 3 Ed. 1996. Citado por: TOMEY, Marrimer A. y ALLIGUD M. Modelos y teorías de enfermería. Madrid, 2005. P. 630,631.

conductas de promoción de la salud. Es importante desde la perspectiva de la educación reconocer el grado de compromiso de las personas para su cuidado.

Con relación a los factores personales se identifican tres categorías que influyen en la conducta de salud entre ellos se encuentran: factores personales biológicos en la cual influyen variables como la edad, el sexo, el índice de masa corporal, la pubertad, la menopausia, la capacidad aeróbica, la fuerza, la agilidad y el equilibrio. Los factores personales psicológicos influyen variables como la autoestima, la automotivación, la competencia personal, el estado de salud percibido, y la definición de la salud. En los factores personales socioculturales se incluyen la raza, la etnia, la aculturación, la formación y el estado socioeconómico.

Existen una serie de conocimientos específicos de la conducta y del afecto que se consideran de mayor importancia motivacional, estas variables pueden ser modificadas desde las acciones de enfermería, a continuación se describen algunas de ellas:

Barreras Percibidas de la Acción.

Son los obstáculos anticipados imaginados o reales y costos personales de la adopción de una conducta determinada. La enfermera puede ayudar a identificar estas barreras y buscar alternativas motivacionales y de bajo costo para eliminar estas barreras.

Influencias Interpersonales.

Son los conocimientos acerca de la conducta, creencias y actitudes de los demás incluyen, expectativas de las personas, y apoyo social, las fuentes de las influencias interpersonales son las familias, las parejas y los cuidadores de salud. Es por eso que enfermería juega un papel importante influyendo positivamente en las diferentes conductas por medio de la educación.

Influencias Situacionales.

Son las percepciones y cogniciones personales de cualquier situación o contexto determinado que facilita o impide la conducta, incluyen las percepciones de las opciones disponibles, rasgos estéticos, pueden tener influencia indirecta o directa en la conducta de la salud.

Conducta Promotora de Salud.

Es el resultado de la acción dirigida a los resultados de la salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal, y la vida productiva ejemplos: mantener una dieta sana, realizar ejercicio físico de forma regular, controlar el

estrés, conseguir un descanso adecuado, y un crecimiento espiritual y construir relaciones positivas.

Se observa en este modelo que existen variables o situaciones que afectan la salud de las personas y que desde enfermería se puede contribuir a modificarlas, teniendo en cuenta que pueden ser del ámbito físico, psicológico, y sociocultural. Por medio de las acciones educativas enfocadas en estos aspectos podemos contribuir a modificar conductas de promoción de la salud, que logren mejorar el estado de salud y/o enfermedad de la población.

1.4.2 Auto Cuidado y Educación para la Salud. Por otro lado Orem D.,³² en su teoría del déficit de auto cuidado, considera tres teorías relacionadas, la teoría del auto cuidado, la teoría del déficit de auto cuidado, y la teoría de los sistemas de enfermería.

La teoría del auto cuidado, define el auto cuidado como una función reguladora que las personas deben llevar por si solas para mantener su vida, salud desarrollo y bienestar. Las acciones de auto cuidado aportan a entender las limitaciones de las personas que podrían beneficiarse de las acciones de enfermería. El auto cuidado se debe desarrollar de forma continua conforme a unos requisitos reguladores y se asocian con; el periodo de crecimiento y desarrollo, estado de salud, características específicas de la salud, niveles de desgaste de energía y factores medioambientales.

Con relación al déficit de auto cuidado se describe como las limitaciones de las personas con respecto a las acciones relacionadas con el cuidado de su salud, estas limitaciones vuelven al individuo incapaces de reconocer los requisitos existentes para su propio cuidado o para el cuidado de las personas que dependen de él.

Con relación a la teoría de los sistemas enfermeros, son sistemas de acción formados por enfermeras mediante el ejercicio de su actividad con limitaciones en el auto cuidado o el auto cuidado dependiente, las actividades de enfermería incluyen diagnóstico, prescripción y regulación. Los sistemas enfermeros se componen de tres categorías, el sistema completamente compensador donde la acción de enfermería se basa en cumplir con el auto cuidado terapéutico del paciente, compensar la incapacidad del paciente de comprometerse o desempeñar un auto cuidado, da apoyo al paciente y lo protege.

En el sistema parcialmente compensador la enfermera desarrolla algunas acciones para el auto cuidado del paciente, compensa sus limitaciones y ayuda,

³² TAYLOR, Geden; REMPENNING, K.; GEDEN, E.; NEWMAN, B. y Hart, M. A theory of dependent care. En: Nursing Science Quarterly. 1996. Citado por: TOMEY, Marrimer A. y Alligud M. Modelos y teorías de enfermería. Madrid, España. 2005. p. 196-196.

en este nivel el paciente desarrollo algunas medidas de auto cuidado, regula la actividad, acepta el cuidado y la ayuda de la enfermera. Aquí la enfermera puede desarrollar acciones educativas que ayuden a que el paciente en un futuro logre ser independiente en su auto cuidado.

En el tercer nivel que corresponde al sistema de apoyo educativo la acción de la enfermera es regular el ejercicio y desarrollo de la actividad del auto cuidado esto por medio de la educación para la salud, en este sentido el paciente cumple con el auto cuidado.

En síntesis es enfermería quien por medio de la educación en los diferentes niveles contribuye a mejorar las limitaciones o déficit de auto cuidado en las personas, y dar a entender la importancia del auto cuidado para mantener un estado de salud optimo, esto se da a partir de la identificación de necesidades del individuo de modificar estilos de vida o mantener un control sobre su enfermedad.

2. METODOLOGÍA

2.1 TIPO DE ESTUDIO.

Para dar respuesta al interrogante planteado en el presente trabajo de grado se realizó un estudio documental aplicando 3 elementos de la metodología de Enfermería basada en la Evidencia –EBE-, (planteamiento de la pregunta, estrategia de búsqueda y lectura crítica), siendo esta la mejor estrategia metodológica para considerar las intervenciones de educación para la salud de adultos hipertensos más utilizadas en Latinoamérica y las características de su implementación ya que se pueden aplicar las herramientas fundamentales para la lectura de los artículos científicos, que en este caso, fueron los artículos que cumplieron los criterios de selección definidos para el estudio..

En cuanto a la EBE, entendida como la investigación y la práctica que realiza la enfermera basada para considerar la mejor evidencia científica³³ para la práctica fundamentada. Para el presente estudio, se aplicaron las tres de las cinco fases consecutivas de esta metodología, así: una primera fase, formulación de la pregunta derivada del problema o duda que se desea resolver, esta pregunta debe tener una estructura en la cual se indique la persona o población o situación problema, la intervención habitual frente al problema, la intervención nueva a considerar y por último el efecto o resultado esperado. En el presente trabajo, corresponde al interrogante planteado cuya respuesta espera aportar elementos innovadores para la educación en salud en HTA que realiza el profesional de enfermería responsable del programa de HTA de una institución de salud de primer nivel en Bogotá de acuerdo a lo descrito en la justificación. (Véase capítulo 1 del presente documento).

La segunda fase que, corresponde a la búsqueda de la pregunta formulada en las fuentes de información a nuestro alcance, en este caso las bases de datos bibliográficas electrónicas en internet, que debe utilizarse haciendo un análisis de la calidad de los sitios visitados y de la información contenida en ellos. La información científica obtenida puede ser de nivel primario o investigaciones originales o de nivel secundario basada en la revisión sistemática, en este caso se realizó una investigación de tipo primario en tres bases de datos. La tercera etapa, consistió en la evaluación crítica de las evidencias encontradas, para lo cual se utilizaron dos instrumentos, una ficha descriptiva y plantillas de valoración metodológica.

³³ CARRASCO P. y GÁLVEZ, A. Importancia de la Enfermería Basada en Evidencia en la Elaboración de Protocolos y Guías Clínicas, Enfermería basada en evidencia. Barreras y estrategias para su implementación. Medwave. Año 4, No. 5, Edición Junio 2004. [en línea]. Disponible en Internet en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532007000100003&script=sci_arttext. Consultado en: Octubre de 2010.

2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO.

De acuerdo con el diseño metodológico realizado la unidad de observación del proyecto fue cada uno de los doce artículos de investigación científica sobre resultados primarios que respondieron a los criterios de selección descritos a continuación.

2.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN.

Los doce artículos analizados en el presente estudio respondieron a los siguientes criterios de selección:

- El objetivo central del estudio fuera una intervención educativa desarrollada en servicios de Atención primaria dirigida a personas con HTA y/o alguna ECNT en Salud.
- Los contenidos educativos estuvieran relacionados, preferiblemente, con estilos de vida saludables en general; actividad física y ejercicio, alimentación, hábitos tóxicos, estrés emocional e importancia del consumo adecuado de medicamentos.
- Artículos disponibles en las bases de datos Lilacs, Bireme y Scielo, en idiomas, ingles, español y portugués y publicados entre 2000 y 2010.
- La población participante en los estudios fueran adultos de 18 años y más; con diagnóstico de HTA.

2.4 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

La recolección de la información se centró en desarrollar la estrategia de búsqueda de las evidencias (segunda etapa de EBE), aplicando los procedimientos generales de búsqueda y recopilación bibliográfica para lo cual se realizaron los siguientes pasos: 1. Convertir la pregunta en palabras clave. Primero en lenguaje común y luego en especializado. 2. Buscar diferentes alternativas en las palabras clave: sinónimos y utilizando nomencladores. Por lo tanto, se realizó la búsqueda documental en las bases de datos Lilacs, Bireme Scielo, en los idiomas, español ingles y portugués con las palabras claves, hipertensión arterial, educación para la salud, adulto, adulto mayor, estilos de vida, intervenciones de educación para la salud, estilos de vida e hipertensión arterial, educación para la salud e hipertensión arterial. La tabla 1 sintetiza el resultado de la primera búsqueda general.

Tabla 1. Resultados de la Estrategia de Búsqueda General.

No. Búsqueda	Palabras clave y nomencladores utilizados	Base de datos	No. artículos encontrados
1	Hipertensión arterial AND adultos AND educación para la salud. Intervenciones de educación para la salud, estilos de vida e hipertensión arterial, educación para la salud e hipertensión arterial.	Scielo	2151
2	Hipertensión arterial AND adultos AND educación para la salud. Intervenciones de educación para la salud, estilos de vida e hipertensión arterial, educación para la salud e hipertensión arterial.	Lilacs	10.085
5	Hipertensión arterial AND adultos AND educación para la salud. Intervenciones de educación para la salud, estilos de vida e hipertensión arterial, educación para la salud e hipertensión arterial.	Bireme	1843

Fuente: Doce artículos referenciados para el presente estudio.

Durante la búsqueda se revisaron 14877 artículos de los cuales se seleccionaron 25 que posiblemente cumplían con los criterios de selección. Luego de la localización de los 25 artículos se realizó la lectura completa de los 25 resúmenes encontrados con la estrategia de búsqueda antes descrita (tabla 1), de los cuales se seleccionaron 12 artículos completos que respondían a los criterios de selección antes mencionados y que constituyeron el grupo de documentos para describir y analizar.

2.5 ANÁLISIS DE RESULTADOS.

El análisis de la información se desarrolló en dos etapas denominadas: primera y segunda aproximación. A continuación se realiza una síntesis de cada una:

Primera Aproximación.

Una vez recuperados los artículos completos previa lectura de los resúmenes (véase *anexo 1*) que respondieron a los criterios de selección (doce artículos), se realizó una descripción de cada documento mediante la ficha descriptiva (Véase *anexo 2*), con los siguientes apartados: Título, autor, base de datos donde se

localizo, y resumen en este apartado se incluye brevemente objetivo, diseño metodológico, número y principales características de los sujetos, tratamiento principales resultados y conclusiones. En esta etapa se estableció la calidad de cada documento.

Segunda Aproximación.

Posteriormente se analizaron los documentos identificando sus enfoques, modelos, y la identificación de avances significativos en la educación relacionada con HTA, disponible en los informes de investigación³⁴. Todo esto centrándose en las intervenciones educativas, sus características y formas de implementación. En esta etapa se estableció la posible aplicación de los resultados al problema planteado.

Esta etapa comprendió el análisis metodológico de cada artículo mediante las plantillas Caspe desarrollado por el programa de lectura crítica CASPE³⁵, contienen aspectos específicos de los diferentes diseños epidemiológicos en forma de pregunta con su respectiva pista y las opciones de respuesta son: si, no, no sé. Para efectos del presente trabajo, después de marcar las respuestas se adicionó la justificación de cada una de las respuestas de acuerdo a los resultados encontrados en cada documento.

La plantilla correspondiente a ensayos clínicos controlados se utilizó en su forma original adicionándole la justificación antes señalada (Véase anexo 5), la plantilla para el único estudio cualitativo encontrado y las plantillas para estudios los descriptivos y cuasi experimentales se diseñaron siguiendo el modelo de Caspe y revisando los requisitos metodológicos según el diseño metodológico (Véase anexos 3, 4, 6). En esta etapa se sacaron los elementos que aportaron a la pregunta planteada en el presente trabajo.

2.6 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.

Los aspectos éticos del presente estudio estuvieron referidos al cumplimiento de la resolución N° 8430 de 1993 del ministerio de salud en Colombia³⁶, hoy Ministerio de la protección Social, en la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en Colombia. En consideración a que se realizó una revisión documental se tuvieron en cuenta los aspectos del

³⁴ Universidad de la Salle. Colombia. Modalidades de grado. Investigación documental [En línea]. Disponible en Internet en: <http://ceys.lasalle.edu.co/index.php/programa-de-trabajo-social/modalidades-de-grado.html?start=4>. Consultado en: Octubre de 2010.

³⁵ CASPE. Entendiendo la evidencia sobre la eficacia clínica, [en línea]. España. Disponible en Internet en: <http://www.redcaspe.org/que-hacemos/herramientas/>. Consultado en: Septiembre de 2010.

³⁶ Ministerio De Salud. Republica de Colombia. Resolución 8430 de 1993, Marzo: ... Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. 1993.

artículo 11 de la mencionada norma que, hacen referencia a la investigación sin riesgo, en estudios donde se emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos, y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencional de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas, o sociales de los individuos que participan en el estudio. Asimismo, se tuvo en cuenta el respeto de los derechos de autor realizando la debida citación de acuerdo a las normas técnicas para trabajos de grado e informes técnicos en Colombia, ICONTEC.

3. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

La presentación y resumen de los resultados del presente trabajo se organizó teniendo en cuenta los objetivos específicos propuestos. De tal manera que, se inicia con la descripción general de los artículos y su análisis, para posteriormente describir las intervenciones educativas encontradas junto con las consideraciones sobre la posibilidad de aplicación en el programa de ECNT de la institución de salud de primer nivel de atención objeto de interés de este estudio.

3.1 DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DOCUMENTAL SELECCIONADOS.

Antes de realizar la descripción de cada documento, se consideró pertinente clasificarlos según el objetivo central de cada estudio que, a juicio de la autora, se ubicaron en tres tendencias. En la primera, quedaron ocho artículos que reportan la implementación de intervenciones educativas de tipo mixto, es decir que incluyeron contenidos sobre diferentes aspectos del manejo no farmacológico de HTA: nutrición, actividad, física, motivación y generalidades sobre la HTA. Los resultados de dichas intervenciones se determinaron mediante la disminución de los niveles de presión arterial, y de conocimientos sobre los temas tratados.

Estos ocho artículos se centraron en los siguientes aspectos: Adherencia al tratamiento de Hipertensión arterial; eficacia de una intervención sobre cambios en los estilos de vida en hipertensos en atención; evaluación del efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre los niveles de presión arterial en adultos mayores hipertensos; efecto hipotensor de la educación en hipertensos mayores de 65 años; control clínico posterior a sesiones grupales en pacientes con diabetes e hipertensión; Impacto de una estrategia educativa activa participativa en el control de la hipertensión arterial; Intervención educativa sobre hipertensión arterial en pacientes geriátricos; y la escuela para hipertensos como nueva modalidad de tratamiento.

En la segunda tendencia, se ubicaron tres artículos sobre intervenciones educativas específicas y únicas. Sus temas centrales fueron: Impacto del ejercicio en el adulto Mayor hipertenso; efectos inmediatos del entrenamiento en relajación muscular progresiva sobre índices cardiovasculares; y programa educativo para la incorporación de hipertensos de la tercera edad a la práctica de ejercicios físicos.

En la tercera y última tendencia se consideró un artículo, que hace referencia a la perspectiva de las personas en términos de sus opiniones y sugerencias frente a un programa educativo. El objetivo central de este estudio fue establecer la perspectiva de las personas con enfermedades crónicas frente a las intervenciones educativas en una institución de Atención primaria en salud. La tabla 2. Relaciona e identifica por número de registro los doce artículos según su diseño metodológico.

Tabla 2 Artículos según Diseño Metodológico.

No. Registro	Título	Diseño metodológico
1	Perspectiva de las personas con enfermedades crónicas las intervenciones educativas en una institución sanitaria de México.	Cualitativo descriptivo
2	Intervención educativa sobre hipertensión arterial en pacientes geriátricos.	Epidemiológico descriptivo
3	Programa educativo para la incorporación de hipertensos de la tercera edad a la práctica de ejercicios físicos	Epidemiológico descriptivo
4	Eficacia de una intervención educativa grupal sobre cambios en los estilos de vida en hipertensos en atención primaria: un ensayo clínico aleatorio.	Ensayo clínico
5	Efecto hipotensor de la educación en hipertensos mayores de 65 años.	Ensayo clínico
6	Evaluación del efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre los niveles de presión arterial en adultos mayores hipertensos bajo tratamiento médico	Ensayo clínico
7	Efectos inmediatos del entrenamiento en relajación muscular progresiva sobre índices cardiovasculares.	Ensayo clínico
8	Impacto del ejercicio en el adulto Mayor hipertenso	Ensayo clínico
9	Control clínico posterior a sesiones grupales en pacientes con diabetes e hipertensión.	Cuasi experimental
10	Impacto de una estrategia educativa activa participativa en el control de la hipertensión arterial	Cuasi experimental
11	Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: Efectividad de un programa de intervención biopsicosocial	Cuasi experimental
12	La escuela para hipertensos como nueva modalidad de tratamiento.	Cuasi experimental

Fuente: Doce artículos referenciados para el presente estudio.

Primera Aproximación.

Como se mencionó en el capítulo de metodología para el análisis de la información de artículos seleccionados se realizaron dos aproximaciones. Esta primera aproximación, correspondió a la descripción general de cada artículo teniendo en cuenta los cinco apartes que constituyen la estructura de un artículo científico – identificación y resumen; introducción; materiales y métodos; resultados; discusión; bibliografía-. Los resultados de este procedimiento se presentan de dos formas. 1. Para describir los aspectos generales de los documentos se consideraron en conjunto (los doce) y 2. Para la presentación de las consideraciones específicas se consideraron de forma individual (cada artículo), identificándolos con el número de registro asignado en la tabla 2, seguido por los autores de cada estudio.

Iniciando con la consideración del título, en los doce artículos se hace referencia a la población de estudio que fueron personas con HTA; todos relacionan los autores de la investigación. En relación al lugar y fecha de realización, los doce artículos son claros en referir el País y/o ciudad donde se adelantó el estudio. Sin embargo, la fecha sólo es reportada en seis de los artículos, en todos se informa el año y mes de publicación. En cuanto al resumen todas incluyen: objetivo, diseño metodológico, población de estudio, intervención realizada, resultados y conclusión. En anexo 1 se relaciona los resúmenes de cada artículo, identificados por su número de registro y demás aspectos.

En cuanto a la introducción, en diez de los documentos, se inicia con la importancia del estudio, presentan el comportamiento epidemiológico de las ECNT, específicamente de la HTA, los factores de riesgo y las causas de la enfermedad. Los otros dos artículos destacan la importancia de la educación para el control de HTA, y explican la implementación de la intervención educativa estudiada. Todos plantean en forma clara las pretensiones, los propósitos y los argumentos que justifican su estudio. A continuación se detallan algunos aspectos de la introducción antes mencionados.

En el artículo 1, realizado por Hernández A Tejada, et al³⁷, destaca que la mortalidad y morbilidad por ECNT se ha incrementado, y se prevé que en Latinoamérica para el año 2015, por cada 10 defunciones atribuidas a enfermedades infecciosas habrá 70 fallecimientos por causas no transmisibles, incluyendo la HTA. Además cita seis referencias bibliográficas sobre programas e intervenciones realizadas para el control de ECNT en instituciones Mexicanas.

³⁷ ALCÁNTARA HERNÁNDEZ, Elizabeth; TEJADA TAYABAS, Luz María; MERCADO MARTÍNEZ, Francisco et al. Perspectiva de las personas con Enfermedades Crónicas .Las Intervenciones Educativas en una Institución Sanitaria de México. En: Revista de investigación en salud. [en línea]. Diciembre de 2004. Vol. 6. Nº. 3 p. 146-153. Disponible en Internet en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/142/14260302.pdf>. Consultado en: Junio de 2010.

Este trabajo se justifica desde las dificultades que se presentan en la comunicación con los usuarios por la relación autoritaria del personal de salud, la falta de empatía y la falta de motivación. Aspectos que influyen en la adherencia al tratamiento, por lo tanto plantea como objetivo explorar la perspectiva de los usuarios sobre los programas educativos para el tratamiento y control de ECNT.

El artículo 2., de Rodríguez G., Oliva, et al³⁸, en la introducción, hace referencia a factores de riesgo de HTA entre los cuales se mencionan, la edad, el sexo, la herencia, las dietas ricas en sodio, los factores socioculturales y hábitos tóxicos. Destaca que la HTA constituye el primer factor de riesgo cardiovascular en pacientes geriátricos, y por ello es necesario evitar las complicaciones de la misma. El artículo cita 5 referencias bibliográficas sobre estudios de la OMS y Cuba respecto a las actividades educativas en el adulto mayor. Este trabajo se justifica desde la importancia que tienen en Cuba los programas dedicados al adulto mayor, con el objetivo de incrementar su desarrollo físico, psicológico, social y afectivo por lo que se desarrollan actividades de modo que se sientan integrados valorados, útiles para la sociedad y que además les permita aumentar su autoestima. Por ello, se planteó como objetivo elevar a través de una intervención educativa el nivel de conocimiento sobre la hipertensión arterial de adultos mayores.

El artículo 3., realizado por Morgado B., Pacheco³⁹, inicia la introducción refiriéndose a HTA como una enfermedad común en la tercera edad y factor de riesgo para otras enfermedades conjuntamente con el sedentarismo. Se referencian 3 citas bibliográficas que destacan los beneficios de ejercicio físico este, pero no los relacionan con los factores cognitivos y el comportamiento hacia la práctica del mismo. El estudio se justifica teniendo en cuenta la problemática en el área Norte del municipio de Sancti Spiritus con respecto a la HTA, la cual requiere atención inmediata por estar asociarse a las primeras causas de muerte (Enfermedades del corazón y las cerebrovasculares), relacionadas con inadecuados estilos de vida. Además, en estudios recientes de esta comunidad se reportó que más del 70% de la población no realiza ejercicio. Por lo tanto, su objetivo fue influir favorablemente en la incorporación de hipertensos de la tercera edad a la práctica del ejercicio físico y diseñar un programa educativo para la práctica física en el adulto mayor.

³⁸ RODRÍGUEZ GARCÍA, Yarmeín; OLIVA DÍAZ, Juan Ariel; GIL HERNÁNDEZ, Arletty et al. Intervención educativa sobre hipertensión arterial en pacientes geriátricos. *En*: Revista Archivo Médico Camagüey [en línea]. 2008. Vol. 12, Nº 4 Disponible en Internet en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v12n4/amc09408.pdf>. Consultado en: Octubre de 2010.

³⁹ MORGADO BODE, Yara; CONCEPCIÓN PACHECO, José Alejandro, MONTERO RODRÍGUEZ, Llamilka. Programa educativo para la incorporación de hipertensos de la tercera edad a la práctica de ejercicios físicos. Área Norte 2007. *En*: Revista Electrónica Infocencia [en línea]. 2007. Disponible en Internet en: [http://www.magon.cu/infocencia/Art%C3%ADculos/2008/Art.Vol.12-\(3\)-2008/programa%20educativo515.pdf](http://www.magon.cu/infocencia/Art%C3%ADculos/2008/Art.Vol.12-(3)-2008/programa%20educativo515.pdf). Consultado en: Noviembre de 2010.

El artículo 4, un ensayo clínico aleatorio de Rodríguez M., Castaño, et al⁴⁰, en la introducción, refiere que en España la HTA es el factor de riesgo cardiovascular con mayor prevalencia, relacionándose con 1 de cada 4 muertes en general y una de cada 2.5 muertes de origen cardiovascular. Además, enfatiza que la adopción de estilos de vida saludables es una herramienta para prevenir la elevación de la presión arterial. Con respecto a las investigaciones previas, este artículo cita 6 referencias bibliográficas sobre cambios en los estilos de vida para disminuir la presión arterial, entre ellos se mencionan: la pérdida de peso en las personas obesas, el aumento del ejercicio (caminar rápido al menos 30 minutos al día), disminución del consumo de alcohol, reducción del consumo de sal, dieta baja en grasa, dieta rica en frutas vegetales y productos lácteos. El estudio se justifica porque desde hace 8 años en el centro de salud (del estudio) se realizan ciclos de mejora de la calidad sobre los profesionales de atención primaria, para el control de la hipertensión. Por otro lado, no había sido estudiada la eficacia de una intervención educativa grupal sobre los estilos de vida de personas hipertensas. Su objetivo fue evaluar la eficacia, a mediano plazo, de una estrategia educativa grupal en la modificación de los estilos de vida, el control de los factores de riesgo, y el riesgo cardiovascular en personas con HTA.

En el artículo 6., de Moreno M., Contreras, et al⁴¹, en la introducción señala el estado actual de la vejez en el mundo y en Chile destacando que, el progresivo envejecimiento poblacional es uno de los fenómenos demográficos mundiales característicos en las últimas décadas con tendencia a incrementarse en un futuro. El artículo presenta 2 referencias bibliográficas sobre investigaciones previas que proponen estrategias de apoyo al tratamiento farmacológico con intervenciones de tipo social y psicológico, observándose eficacia en la terapia psicológica en el control y manejo de la HTA, a través de habilidades conductuales y cognitivas. El trabajo se justifica teniendo porque en Chile no hay resultados de intervenciones psicológicas en adultos mayores. Su objetivo fue diseñar y evaluar una intervención psicológica breve, de carácter cognitivo conductual dirigida a un grupo de adultos mayores hipertensos y el resultado sobre los niveles de presión arterial sistólica y diastólica.

⁴⁰ RODRÍGUEZ MARTÍN, Carmela, et al. Eficacia de una intervención educativa grupal sobre cambios en los estilos de vida en hipertensos en atención primaria: un ensayo clínico aleatorio. *Revista Española de Salud Pública* 2009. Vol. 83, Nº 3. p. 441-452. [en línea]. Disponible en Internet en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272009000300009&script=sci_abstract. Consultado en: Noviembre de 2010.

⁴¹ MORENO, Mónica; CONTRERAS R., Daniela; MARTÍNEZ S., Natalia; et al. Evaluación del efecto de una intervención cognitivo conductual sobre los niveles de presión arterial en adultos mayores hipertensos bajo tratamiento médico. *En: Revista Médica de Chile* [en línea]. 2006 Vol. 134. Nº 4. p. 433-440. Disponible en Internet en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872006000400005&script=sci_arttext. Consultado en: Noviembre de 2010.

El artículo 7, de González y Amigo⁴², destaca la epidemiología de las enfermedades cardiovasculares, cita 6 referencias bibliográficas sobre estudios previos del impacto de factores como el estrés sobre la regulación de la presión arterial. Destaca que, es posible mantener una regulación de las cifras a través de técnicas de relajación con estudios previos sobre su eficacia. El estudio se justifica resaltando la falta de investigaciones de este tipo en la literatura cardiovascular. El objetivo fue determinar las reducciones de PA y de FC, posible de conseguir, sesión a sesión, tras la aplicación de la relajación muscular, además determinó el mínimo número de sesiones para provocar descensos sostenidos de PA, y la duración del entrenamiento en relajación muscular necesaria para mantener estos descensos.

La evidencia 9., es un estudio realizado por Sanhueza y Mascayano⁴³, que se refiere a la práctica del ejercicio regular como un recomendación de estilos de vida saludable, junto a la dieta, el control de peso y el consumo moderado de alcohol. El artículo, cita 3 referencias bibliográficas sobre estudios que muestran que el ejercicio aeróbico contribuye a disminuir la presión arterial. Sobre los factores epidemiológicos y demográficos afirma que, la población adulta mayor en el mundo y en Chile ha experimentado un mayor crecimiento, y se habla de la HTA como una de las afecciones de esta etapa de vida. La HTA es un factor de riesgo para enfermedad cardiovascular estimando que mil millones de persona padecen de HTA en el mundo. El estudio se justifica teniendo en cuenta que el ejercicio aeróbico reduce los niveles de presión arterial, y que se incluye dentro de las recomendaciones de la OMS. El objetivo fue medir el impacto sobre la presión arterial de un protocolo de ejercicios en un grupo de adultos mayores hipertensos.

En el estudio identificado con el registro 11., de Holguín L., Correa, et al, inicia con el comportamiento epidemiológico de la hipertensión arterial, las enfermedades crónicas como cardiopatías, y accidentes cerebro vasculares siendo las principales causas de muerte en el mundo, se resaltan las repercusiones económicas de las ECNT. El artículo cita 8 referencias bibliográficas sobre estudios realizados sobre las causas de la falta de adherencia del paciente hipertenso a los tratamientos y se enuncia un grupo de factores de riesgo prevenibles y modificables en los cuales se encuentran: la dieta no controlada, el sobrepeso, la inactividad física, el consumo de tabaco y alcohol, el estrés, la ira, y

⁴² GONZÁLEZ Ana, y AMIGO Isaac. Efectos inmediatos del entrenamiento en relajación muscular progresiva sobre índices cardiovasculares. Redalyc. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. Psicothema. [en línea]. 2000, Vol. 12. Nº. 001 P. 26-32. Disponible en Internet en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/727/72712103/72712103.html>. Consultado en: Octubre de 2010.

⁴³ SANHUEZA, Sergio y MASCAYANO, Marcela. Impacto del ejercicio en el adulto mayor hipertenso [en línea]. En: Revista Hospital Clínico Universidad Chile. 2006. Vol. 17. Nº 2. p. 111-128. Disponible en Internet en: http://www.redclinica.cl/HospitalClinicoWebNeo/Controls/Neochannels/Neo_CH6258/deploy/impacto_ejerc.pdf. Consultado en: Octubre de 2010.

el patrón de conducta tipo A. El artículo justifica el estudio teniendo en cuenta que la modificación de la conducta y la educación al paciente se relacionan con adecuada adherencia. Por lo tanto, el objetivo fue determinar el impacto de un programa de intervención biopsicosocial para reducir los niveles de presión arterial.

El estudio 10, de Peredo P., Gómez, et al⁴⁴, inicia con el comportamiento epidemiológico de las enfermedades cardiovasculares incluyendo la HTA, enfatizando que son un problema de salud prioritario en América con repercusiones sociales y económicas. Este artículo cita 6 referencias bibliográficas sobre la situación actual de HTA en México. Destaca que estudios previos han demostrado que la educación para la salud facilita la modificación en hábitos y comportamientos, permite mejorar las condiciones de vida. Su objetivo fue evaluar la eficacia de una intervención educativa grupal participativa sobre la presión arterial media, índice de masa corporal y nivel de conocimientos sobre la enfermedad.

Por su parte, el artículo 12, de Mesa A., Mouriño, et al⁴⁵, refiere en su introducción el comportamiento epidemiológico de la HTA. Se habla de estudios previos que muestran la necesidad de implementar métodos y estrategias para modificar el estilo de vida, el tratamiento farmacológico y no farmacológico de la enfermedad. En el tratamiento no farmacológico se incluyen: medicina tradicional, y natural reducción del peso corporal, restricción del alcohol, dieta balanceada y ejercicios de relajación. El estudio, se justifica desde la necesidad de mantener un control estricto de la HTA para evitar complicaciones, y se propuso evaluar la escuela de hipertensos como nueva modalidad de tratamiento.

El artículo 9, de López p., Bautista, et al⁴⁶, no presenta el comportamiento epidemiológico de las ECNT, plantea la importancia de orientar al paciente hipertenso y con diabetes respecto a la dieta, control de peso, actividad física, reconocer las señales de alarma y adopción de estilos de vida saludables. Cita 7 referencias bibliográficas sobre beneficios de las terapias grupales, y enfatiza que

⁴⁴ PEREDO, R. P.; GÓMEZ, L. V. M; SÁNCHEZ, N. H. R., et al. Impacto de una estrategia educativa activa participativa en el control de la hipertensión arterial. Revista Médica del IMSS. 2005. Vol. 43. No. 2. p. 125-129. [en línea]. Disponible en Internet en: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-imss/e-im2005/e-im05-2/em-im052e.htm>. Consultado en: Julio de 2010.

⁴⁵ MESA GARCÍA, Andrés; MOURIÑO GARCÍA, Alina; VÁSQUEZ TRIGO, José Manuel. La escuela para hipertensos como nueva modalidad de tratamiento. Revistas Medisan. 2000. Vol. 4. N° 3. p. 16-21. [en línea] Disponible en Internet en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol4_3_00/san04300.pdf. Consultado en: Octubre de 2010.

⁴⁶ LÓPEZ PORTILLO, Armando; BAUTISTA VIDAL, Rosa C.; ROSALES VELÁSQUEZ, Otilia, et al. Control clínico posterior a sesiones grupales en pacientes con diabetes e hipertensión. Revista Médica Instituto Mexicano de Seguro Social. 2007. Vol. 45. N°. 1. p. 29-36. [en línea]. Disponible en Internet en: http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev_med/pdf/gra_art/A92.pdf. Consultado en: Julio de 2010.

el personal de salud debe aproximarse al entendimiento de las condiciones sociales, culturales y biológicas de la persona enferma e influir favorablemente en ella, donde la educación para la salud adquiere importancia. El trabajo se justifica porque el adulto requiere educación en cuanto al auto monitoreo, prácticas de actividad física, ejercicios de relajación y selección de la dieta, lo cual ha sido comprobado en estudios previos en reducciones de presión arterial. Su objetivo, fue evaluar los alcances de la estrategia con sesiones grupales en el control clínico de pacientes con diabetes e hipertensión.

Por último en el estudio 5 que tampoco refirió el comportamiento epidemiológico de ECNT; de Díaz S., Galarza, et al⁴⁷, justifica la educación terapéutica para disminuir la presión arterial, buscando cambios voluntarios en el comportamiento diario, refiere que no se conoce actualmente el mejor modelo educativo y que está en debate la posibilidad de generar cambios en los hábitos de personas mayores. Destaca que existen 2 modelos educativos predominantes en la literatura, uno, basado en la información y el cumplimiento (IC) y otro, en la empatía y la motivación (EM), este último tiene por objeto desarrollar el auto cuidado en el paciente. El objetivo del estudio fue comparar el resultado hipotensor a los tres meses de la aplicación de los modelos mencionados

Por otro lado y en relación a los materiales y métodos, en los doce artículos se describen: el tipo de diseño, los sujetos participantes y el procedimiento de selección con los criterios correspondientes y describen la intervención realizada. En este sentido, el artículo 1 fue un diseño cualitativo, dos artículos epidemiológicos descriptivos (2 y 3), cinco ensayos clínicos (del 4 al 8), y cuatro son cuasi experimentales (del 9 al 12). En el estudio cualitativo la población se seleccionó en tres barrios de México y en cada lugar se integraron 11 grupos focales. El número de participantes fue de 88; cerca del 80 % del total fueron mujeres, el número de integrantes en cada grupo osciló entre 5 y 14, todos los participante tenían uno o más padecimientos crónicos, la selección obedeció a la asistencia de las personas al control médico.

Con respecto a la selección de la población en el artículo con registro numero 2 estuvo constituida por 70 pacientes hipertensos que acudieron a la consulta médica de control y en el estudio participaron 176 hipertensos seleccionados de manera aleatoria.

En los cinco ensayos clínicos controlados, la selección de los participantes se realizó de manera aleatoria asignándolos a dos grupos, casos y controles, cumpliendo una de las características de este tipo de diseño. Respecto a los cuatro estudios de diseño cuasi experimental, la población se contactó de diversas maneras: llamadas telefónicas, historias clínicas o convocatorias de quienes desearan participar del programa, sólo uno de estos cuatro artículos (registro 9),

⁴⁷ DÍAZ SEOANE, D. C, et al. Efecto hipotensor de la educación en hipertensos mayores de 65 años. Hospital italiano de Buenos Aires. IntraMed. [en línea]. Disponible en Internet en: <http://www.intramed.net/UserFiles/Files/HTA.pdf>. Consultado en: Julio de 2010.

tenía dos grupos, uno de intervención y el control, los tres restantes hacían seguimiento a un solo grupo pre y post intervención. Los doce artículos fueron claros y explícitos con respecto a las variables analizadas o categorías de análisis. En la tabla 3 se agrupan las variables independientes, dependientes y categorías analizadas.

Tabla 3. Relación de las Variables de Análisis.

No Registro	Variable independiente	Variable dependiente
2	Nivel de conocimientos en los aspectos: Actividad física, HTA, Tratamiento farmacológico, sexo, edad	No aplica
3	Sedentarismo, Edad, Nivel de conocimientos, Susceptibilidad percibida, severidad percibida, amenaza percibida, beneficios percibidos, barreras percibidas, señales para la acción y la auto eficacia.	No aplica
4	Edad, sexo, dieta, nivel de actividad física, consumo de alcohol, motivación, factores de riesgo cardiovascular, enfermedades cardiovasculares, calidad de vida relacionada con salud física y mental.	PAS, PAD, Índice de masa corporal, colesterol, riesgo coronario absoluto.
5	Sexo, edad, educación, empatía y motivación, educación información y cumplimiento, cambios en el tratamiento, sedentarismo.	Diabetes, normotensión, PAS, PAD.
6	Edad, sexo, estado civil, nivel socioeconómico, uso de antihipertensivos, intervención psicológica.	PAS, PAD.
7	Entrenamiento en relajación muscular,	PAS; PAD; FC
8	Edad, años de enfermedad, sexo, enfermedades asociadas, ejercicio físico.	PAS, PAD, peso
9	Edad, nivel de escolaridad, actividad física.	Glucosa, PAS, PAD, IMC,
10	Ocupación, edad, estado civil, escolaridad, antecedentes HTA, tiempo de evolución de la enfermedad, conocimientos sobre HTA.	Peso , IMC, PAS, PAD,
11	Conocimientos sobre HTA, Relación profesional de salud paciente, condición física actividad y deporte, apoyo social percibido, creencias sobre HTA, consumo de alcohol y cigarrillo, intervención biopsicosocial.	PAS, PAD
12	Consumo de café, alcohol, tabaquismo, dieta adecuada, ejercicios, tratamiento farmacológico, cumplimiento del tratamiento, nivel de conocimientos.	

Fuente: Doce artículos referenciados para el presente estudio.

Nota: No se incluye el artículo 1 de diseño cualitativo por ser el único, pero se resalta que en vez de variables este nos presenta categorías de análisis (puntos de vista, preferencias e intereses de los participantes).

Respecto a los criterios de inclusión de los participantes, en todos los estudios se coincide que, deben estar diagnosticados con HTA, pertenecer a la consulta o programa de ECNT en atención primaria, y ser adultos. En general, los criterios de exclusión fueron, limitación física, compromiso en órgano blanco, demencia o enfermedad mental y evento cardiovascular durante los últimos 6 meses.

En su mayoría, los artículos analizan la variable de presión arterial sistólica (PAS) y la presión diastólica (PAD), y nivel de conocimientos sobre hipertensión arterial. Estos fueron los aspectos evaluados después de la intervención educativa estudiada. En relación al procedimiento de medición utilizado, todos los estudios, especifican la técnica utilizada según el diseño metodológico, solo dos de los artículos no son claros en cómo se controlaron los posibles sesgos (registros 3, 5 y 12) La tabla 4 resume las variables del estudio y su medición.

Tabla 4. Variables del estudio y su medición.

No Registro	Variables y/o Categorías	Técnicas e Instrumentos	Control de Sesgos
1	Punto de vista de los participantes, preferencias e intereses.	Observación participante Entrevista a profundidad, NUD*IST N- VIVO para el análisis de la información. Grupos focales.	Las entrevistas fueron grabadas, transcritas, y revisadas por quien coordino la entrevista. Muestreo teórico por convivencia según, Kuzel
2	Nivel de conocimientos sobre HTA.	Encuesta de identificación de necesidades de aprendizaje y sobre nivel de conocimientos en HTA. Observación participante. Medidas de frecuencia.	El autor de la investigación dirige las sesiones educativas con la promotora de salud y enfermera. Datos procesados de forma computarizada.
3	Sedentarismo Edad Nivel de conocimientos y percepciones.	Entrevista a partir del modelo de comportamiento "creencias en salud"	No hace referencia al control de los sesgos.
4	Actividad física, Calidad de vida Alimentación, PAS, PAD, Peso; Circunferencia de cintura, riesgo cardiovascular	7-par Day Mediciones con el aparato OMRON M7 determino con la balanza seca 770 homologada. Cintra métrica flexible. Escala de Framingham versión Grundy de 1999.	Estimación del gasto energético. Medición de la presión arterial según sociedad Europea de HTA. Peso con el individuo descalzo y en ropa ligera y las lecturas se redondearon a 10 gr. Riesgo coronario absoluto a 10 años.

Tabla 4. (Continuación)			
No Registro	VARIABLES y/o CATEGORÍAS	TÉCNICAS e INSTRUMENTOS	CONTROL DE SESGOS
5	PAS, PAD, diabetes, sedentarismo.	T test Para muestras independientes. Mann Withney test, para variables continuas con distribución no normal. Chi 2 test para comparación de variables dicotómicas. T test para muestras apareadas.	No hace referencia al control de los sesgos.
6	Presión arterial Intervención psicológica Presión arterial.	Esfigmomanómetro manual análogo. SPSS, utilizando como MANOVA. Análisis de tamaño del efecto: un valor de 0,2 es bajo; 0,5 es mediano; 0,8 es grande.	La medición fue llevada a cabo por una profesional de la salud, externa. Determina el efecto de la variable independiente sobre más de una variable dependiente. Evalúa el real efecto que tuvo la intervención sobre los niveles de PA de los sujetos intervenidos.
7	Presión arterial Intervención psicológica	Esfigmomanómetro automático dinamat 845 XT. T student para muestras independientes.	Proporciona una lectura digital de PAS, PAD, y FC. Determina si existen diferencias significativas en las variables dependientes (PAS, PAD, FC).
8	Presión arterial	Tensiómetro digital marca Beure , GMBH STATA 7.0. Test de Wicolxon para estudio de muestras pareadas e independientes.	Previamente calibrado, la persona que realizo todas las mediciones fue una asistente médico, a través de técnica estandarizada.
9	Nivel de conocimientos Presión arterial	Instrumento con opciones de respuesta si (verdadero) no (falso) y no sé. T student, para muestras independientes.	La validez del contenido a través del juicio de siete expertos. Se utilizo para la comparación pre intervención e intergrupo.
10	Presión arterial. Nivel de conocimientos	Esfigmomanómetro de mercurio. Cuestionario de 20 preguntas de falso y verdadero. Estadística descriptiva: porcentajes promedios y desviación estándar. T de student para grupos apareados.	Validado por un grupo de expertos.

Tabla 4. (Continuación)			
No Registro	VARIABLES y/o CATEGORÍAS	TÉCNICAS e INSTRUMENTOS	CONTROL DE SESGOS
11	Presión arterial Adherencia al tratamiento	Cuestionario, autoría del grupo de investigación psicología y salud y calidad de vida PUJ. T de student. Prueba de rangos asignados Wicolxon.	Fueron medidas por el personal de salud antes y después de la intervención. Determina la eficacia diferencial pre post intervención en las PAS, PAD.
12	Cumplimiento de tratamiento, nivel de conocimientos.	Encuesta cumplimiento y nivel de conocimientos. se empleó el porcentaje como medida de resumen, Chi cuadrado de homogeneidad < 0,05 y de alta significación de < 0,01.	

Fuente: Doce artículos referenciados para el presente estudio.

En relación a las intervenciones efectuadas todos los estudios coinciden en la práctica educativa grupal incorporando la parte física y motivacional. Con respecto a la descripción de los resultados, todos los estudios, plantean con claridad diferencias, diferencias estadísticas, y significación clínica entre los grupos de estudio. Los principales resultados se presentan estadísticamente, a diferencia del estudio cualitativo donde se presentan los resultados de manera descriptiva.

Por otro lado, las discusiones en la mayoría de los artículos presenta un resumen del estudio, comparaciones limitaciones y generalización de los resultados, a excepción de dos artículos (3, 12) que no presentan limitaciones durante la investigación, uno de ellos de diseño descriptivos solo presenta resumen y conclusión.

Con relación a la bibliografía los doce artículos presentan en total 221 citas bibliográficas de las cuales 150 hacen referencia a revisiones de tema sobre el comportamiento epidemiológico de las ECNT en el mundo incluyendo la HTA, y los programas de educación para la salud existentes para su control, y 71 referencias bibliográficas corresponden a estudios sobre las variables analizadas en cada estudio. Solo uno de los artículos (5) presenta 2 referencias bibliográficas para la investigación.

Es importante resaltar que en la mayoría de los artículos se encuentra una amplia revisión de los temas de estudio, se sustentan y apoyan en otras investigaciones. La tabla 5. presenta una síntesis general de las intervenciones realizadas, tipo de población y principales resultados para cada estudio.

Tabla 5. Resultados de las Intervenciones De Acuerdo A La Población, Intervención Y Diseño Metodológico.

No. Registro	Diseño	población	Intervención	Resultados
1	Cualitativo	88 pacientes con padecimiento de alguna enfermedad crónica (diabetes, HTA). Hombres y mujeres mayores de 18 años.	La intervención realizada fue explorar la perspectiva de los enfermos sobre los programas educativos dirigidos a los enfermos crónicos en una institución de salud.	Las personas que acuden a grupos de autoayuda, perciben efectos positivos y relaciones favorables con los médicos, en cambio los que participan de acciones educativas individuales y esporádicamente, consideran dichas intervenciones educativas como parte del tratamiento médico y mantienen una relación distante con el equipo de salud.
2	Descriptivo	55 adultos mayores, hombres y mujeres entre 65 y 74 años	Encuesta para identificar las necesidades de aprendizaje sobre hipertensión arterial, técnica de discusión grupal.	Antes de la intervención el nivel de conocimientos era regular en el mayor por ciento de los pacientes (49,1) y sólo cuatro adultos mayores (7,3%) alcanzaron la calificación de bien, después de aplicarse el programa educativo el 89,1 % de los adultos mayores lograron calificación de bien y sólo tres obtuvieron regular y tres mal.
3	Descriptivo	176 adultos mayores, hombres y mujeres.	Encuesta sobre la importancia de la actividad física, sesiones grupales para incentivar la incorporación de hipertensos a la práctica física.	El 71 % de la muestra fueron sedentarios, solo 51 de ellos (28,9%) refirieron no ser sedentarios. La mayoría (97,1) no identifica el beneficio que tiene el ejercicio, la intervención permitió incorporar adultos mayores a la práctica física.
4	Ensayo clínico	101 personas hipertensas de 35 a 74 años.	Se realizó una intervención educativa grupal sobre cambios en los estilos de vida en hipertensos.	Los resultados muestran mayor descenso del riesgo cardiovascular en el grupo de intervención, sin existir diferencias estadísticamente significativas en los parámetros evaluados entre ambos grupos.

Tabla 5. (Continuación)				
No. Registro	Diseño	población	Intervención	Resultados
5	Ensayo clínico	20 adultos mayores de 65 años.	2 talleres basados uno en la empatía y la motivación y el otro en la información y el cumplimiento.	Los resultados muestran que la educación EM se asoció con significancia estadística al mayor grado de control de la presión luego de ajustarse por otras variables.
6	Ensayo clínico	38 pacientes hipertensos mujeres y hombres entre 63 y 77 años	Intervención cognitivo-conductual grupal sobre los niveles de presión arterial en adultos mayores hipertensos bajo tratamiento médico.	En el grupo experimental se observó una reducción significativa de la presión sistólica y diastólica desde el inicio hasta el segundo momento de la evaluación. La intervención psicológica utilizada en el estudio logró reducciones significativas en los niveles de presión arterial.
7	Ensayo clínico	30 pacientes hipertensos mujeres y hombres entre 18 y 68 años.	Sesiones grupales de entrenamiento en relajación muscular.	La relajación muscular provoca, de forma inmediata, descensos de PA y FC hasta niveles situados en el rango de la norma tensión, y la duración mínima del entrenamiento necesario para conseguir y mantener tales beneficios cardiovasculares se sitúa a partir de la quinta sesión de intervención
8	Ensayo clínico	39 pacientes adultos mayores de 65 años hipertensos, mujeres y hombres.	Protocolo de ejercicios aeróbicos.	Se observa una disminución de la PA siendo el ejercicio una herramienta coadyuvante efectiva y segura en el tratamiento de la HTA en adultos mayores.
9	Cuasi experimental	176 pacientes hipertensos hombres y mujeres mayores de 18 años.	Sesiones grupales sobre aspectos de la enfermedad y control del estrés.	La mejoría en el control clínico se debió a la intervención educativa, porque favoreció la habilidad para la toma de decisiones ante situaciones problemáticas reales, la reflexión sobre las vivencias, la aproximación a hábitos más saludables y la mayor seguridad en el control de la diabetes e hipertensión.

Tabla 5. (Continuación)				
No. Registro	Diseño	población	Intervención	Resultados
10	Cuasi experimental	48 pacientes con HTA, hombres y mujeres entre 25 y 60 años.	Estrategia educativa activa participativa en el control de la hipertensión arterial	Tanto el peso como la presión arterial mostraron diferencias estadísticamente significativas en su disminución respecto a las mediciones iniciales se concluye que la estrategia educativa activa participativa es útil en el control de la presión arterial media e IMC en los pacientes hipertensos.
11	Cuasi experimental	Pacientes mujeres y hombres hipertensos entre 28 y 82 años.	Programa educativo de intervención biopsicosocial	Se encontró una disminución estadísticamente significativa en la PAS, la PAD no presentó cambios pero se mantuvo en niveles controlados.
12	Cuasi experimental.	80 pacientes hombres y mujeres mayores de 18 años.	Técnica de intervención grupal (musicoterapia , relajación, charla) en la implementación de una escuela para hipertensos	Con las técnicas grupales aplicadas se modificaron hábitos tóxicos, el tratamiento y su cumplimiento, la frecuencia con que los pacientes acudían al médico y el nivel de conocimiento sobre la HTA pero no fue así con respecto a su estado nutricional.

Fuente: Doce artículos referenciados para el presente estudio.

En general, se puede afirmar que las intervenciones educativas se centraron en el objetivo de disminuir los niveles de presión arterial involucrando técnicas grupales, destacando la incorporación de la parte motivacional, psicológica, física y conductual en la mayoría de ellos.

Segunda Aproximación.

Una vez verificada la estructura general de cada artículo, se procedió a establecer la calidad metodológica de cada uno en relación con las preguntas planteadas en las plantillas de valoración para cada diseño (Véase anexos 2, 3, 4, 5). Asimismo, se analizaron las características de las intervenciones educativas de cada documento en términos de su metodología del proceso enseñanza y aprendizaje; los contenidos tratados y los desenlaces o resultados de las intervenciones; definiendo la posibilidad de su aplicación en la institución de salud de primer nivel que motivó la realización del presente estudio.

Calidad metodológica.

En el artículo 1 de diseño cualitativo, refiere una metodología acorde al tipo de estudio, se formaron 11 grupos focales de sujetos enfermos, se realizaron entrevistas a profundidad con una hora de duración, centrándose en las experiencias, opiniones y sugerencias de los participantes respecto a los talleres de educación para la salud realizados en el tratamiento y control ECNT. La información de los grupos focales se recolectó mediante observación participante. En este caso se utilizaron las tres técnicas para una investigación cualitativa (Observación participante, grupos focales, entrevista).

En este estudio se plantea fundamental la reconstrucción de vivencias por medio de lo referido por los participantes, sus sentimientos y percepciones frente a la educación brindada por la institución de salud. Destacando la diferencia, entre los que asisten habitualmente y los que lo hacen de forma esporádica. Los primeros refieren que la atención en el centro de salud y la educación son experiencias positivas, y los que algunas veces asisten describen las intervenciones educativas como desagradables y problemáticas.

El análisis de la información es apropiado para el diseño cualitativo porque se citan las reflexiones de los participantes textualmente, conservando su lenguaje y mostrando la visión de la situación vivida, a partir de ello los autores presentan un análisis completo sobre lo que observaron y lo que refirieron los participantes en los siguientes aspectos:

Participación en grupo o individual: Existen diferencias entre quienes acuden habitualmente al grupo y quienes solo acuden a la atención médica, los primeros refieren su convivencia positiva con respecto a la integración con los otros, hablan de autoestima y se sienten como “No enfermos”, disfrutan de participar juntos, compartir sus temores, experiencias y alegrías y tienen planes en conjunto para futuras actividades. Los integrantes que asisten esporádicamente o han recibido alguna información sobre su enfermedad describen las intervenciones educativas como desagradables, y problemáticas. Por su parte, los integrantes de los grupos organizados describen una relación agradable y positiva entre los enfermos crónicos y los profesionales que los atienden, les permiten preguntar, exponer sus dudas y les posibilita una participación abierta en sus reuniones periódicas.

El espacio educativo: El espacio que suelen identificar los participantes de los grupos organizados son los saloncitos del centro de salud. Quienes participan en forma esporádica en alguna acción educativa se refieren a ellas vagamente sobre todo aquellas realizadas dentro del consultorio.

Los educadores: Con respecto a los responsables de las actividades educativas, la mayoría de las personas entrevistadas afirmaron que las actividades educativas son realizadas por los médicos y en segundo término por las enfermeras. Pocos,

se refieren a los trabajadores sociales los psicólogos y promotores como participantes de los programas educativos. La mayoría de las personas que asisten a sesiones grupales afirmaron que participaron con cierta regularidad a acciones educativas, pero quienes no lo hicieron suelen recibir esporádicamente información rápida tanto en forma verbal como a través de un documento.

Estrategias educativas y contenidos temáticos: Según los participantes “La plática” –conversar- es la estrategia más utilizada para brindar información. Al respecto refieren: “Son platicas, muchas platicas”; los temas manejados en las sesiones educativas son: Dieta y alimentación, destacan que no aparece información alguna sobre los medicamentos, pocos refieren haber recibido información sobre medidas como el cuidado general la actividad física y las complicaciones. Algunos aluden que cuando han recibido esta información, ha sido en términos autoritarios o de mandato, les indican lo que deben hacer o cumplir y lo que no se les está permitido comer, además lo consideran como prescripciones ajenas o contrarias a sus hábitos y costumbres.

Entre los efectos de las intervenciones educativas según las describen los enfermos crónicos, poco aparecen los resultados que impacten sus parámetros clínicos y de laboratorio que dejen ver beneficios biológicos en el control de su enfermedad. Algunos describen las relaciones que tienen con los profesionales como desagradables e incómodas, argumentan que los profesionales no entienden su situación ni su problemática diaria.

Las sugerencias: Los enfermos proponen la incorporación de otros profesionales como educadores, haciendo énfasis en una participación cordial y respetuosa, también sugieren introducir contenidos que ayuden a prevenir el desarrollo de enfermedades crónicas en sus familias, otra propuesta es llevar a cabo actividades educativas a otros espacios externos a los centros de salud.

Respecto a la validez del estudio se evidencia que en su desarrollo se implementaron estrategias tales como: conformación de grupos focales, entrevistas tanto individuales como grupales para explorar con más profundidad el fenómeno. También estuvo presente la triangulación, ya que uno de los autores dirigió la sesión, otro era el apoyo durante la realización y otro se encargaba de la dinámica de la entrevista obteniendo información básica de los participantes. El manejo de la información tuvo como finalidad asegurar su fidelidad en los diversos tratamientos. Las entrevistas fueron grabadas y posteriormente transcritas empleando una guía con indicaciones precisas, las transcripciones fueron revisadas por el coordinador de la investigación.

El análisis de la información se basó en un método de análisis de tipo temático, utilizando como herramienta de apoyo el programa NUD+IST N-vivo, el primer autor de este trabajo se hizo cargo del análisis preliminar que se presentó los coautores, a los participantes de Guadalajara, así como a académicos en foros.

Varios comentarios criticas y sugerencias fueron dadas en dichas presentaciones todo ello les fue útil para profundizar en el análisis.

Los resultados de este estudio si pueden ser útiles, ya que a partir de las sugerencias mismas de los participantes y del complemento de observación de los investigadores, se podrían sugerir o plantear programas acordes con el tipo de población realizando intervenciones educativas que generen acogimiento por parte de los usuarios y por ende cambios en sus estilos de vida. Es importante destacar que las intervenciones autoritarias de lo que deben o no hacer los usuarios generan un impacto negativo. Es claro que, la amabilidad y empatía por parte del personal de salud producen credibilidad y aceptación por parte del usuario.

En el artículo 2, que tuvo como objetivo una intervención educativa para aumentar el nivel de conocimiento sobre la hipertensión arterial de 55 adultos mayores hipertensos. La intervención educativa constó de tres etapas: Una diagnostica, mediante una encuesta para identificar las necesidades de aprendizaje sobre hipertensión arterial, luego una etapa de intervención con cuatro grupos que realizaron discusiones grupales de 2 horas cada semana, por un periodo de cuatro semanas en las cuales se explicaron los siguientes temas: Definición de HITA, factores de riesgo, prevención y tratamiento. En cada sesión se utilizó un juego didáctico. Por último, la etapa de evaluación mediante encuesta para determinar los conocimientos adquiridos y comparar con los resultados iniciales. Se puede decir que, el tema está definido en relación a la población de estudio y a la intervención realizada. Por otro lado, es destacable la etapa diagnostica para identificar las principales falencias en conocimientos de los adultos, y los temas a reforzar o afianzar.

Respecto a la intervención, el artículo no presenta en detalle el proceso, especifica las características de los participantes: edad, antecedentes patológicos, familiares y nivel de conocimientos. Con relación a las formas de conducta y aptitudes no hay información, tampoco se describió su comportamiento durante la intervención. El grupo etáreo que predominó fue el de 70 a 74 años de edad con un 28,4 % para el sexo masculino. La proporción de hombres fue de 58,1 % y de mujeres de 41,8 % .Se utilizó la encuesta para recolectar información en la etapa diagnóstica y evaluación.

Los resultados muestran que antes de la intervención, las mayores dificultades hicieron relación a la disminución de peso, el incremento de la actividad física y las situaciones de gran tensión, las cuales eran conocidas 35 adultos mayores que representan 63,6 % del total. Después de aplicado el programa educativo, se logró un aumento significativo del nivel de conocimientos y se alcanzó un 96,3 %, 92,7 % y un 96,3 % de respuestas correctas. En cuanto al conocimiento sobre el tratamiento no farmacológico antes de aplicada la estrategia era poco conocido, pues menos de la mitad del grupo (40 %) conocía sobre el tema, después se logró que el 96,3 % conociera a que se refiere este término.

En la evaluación general del nivel de conocimientos en ambos momentos de la investigación, basada en la calificación obtenida en cada encuesta, se apreció que antes de la intervención era regular en el 49,1% y sólo cuatro adultos mayores (7,3%) alcanzaron la calificación de bien. Después de aplicarse el programa educativo el 89,1 % de los adultos mayores lograron calificación de bien y sólo tres obtuvieron regular y tres mal.

Con respecto a la validez interna del estudio se encontró coherencia, entre la encuesta y la variable analizada que fue el nivel de conocimientos, ya que las preguntas diseñadas están acordes con el tipo de población y el tema a tratar que fue la HTA. Tiene validez externa porque es posible repetir el proceso metodológico realizado en otras condiciones de tiempo, persona y lugar. En el artículo no se expresan técnicas de repetitividad o precisión.

Los resultados de este estudio pueden ser útiles en enfermería, debido a que por medio de la aplicación de una intervención organizada como en este caso con la implementación del diagnóstico previo, se pueden identificar las necesidades de aprendizaje de la población y a partir de ellas generar la intervención adecuada. En la evaluación se podrían identificar nuevas falencias que nos permitirían perfeccionar los programas de educación e identificar problemas para explorar en nuevas investigaciones.

En el artículo 3 de tipo epidemiológico descriptivo, cuyo objetivo fue influir favorablemente en la incorporación de los hipertensos de 176 personas de la tercera edad a la práctica del ejercicio físico y diseñar un programa educativo para la práctica física. Se realizó una entrevista a partir del modelo de comportamiento "Creencias en salud" con las variables susceptibilidad percibida, severidad percibida, amenaza percibida; beneficios percibidos, barreras percibidas, señales para la acción y la auto eficacia. En la segunda parte de la intervención y con el objetivo de incorporar a los hipertensos a la práctica física, se realizaron 7 sesiones durante 6 meses con una duración de una hora en modalidad de charla e incorporando actividades lúdicas y recreativas (Juego de lotería, ejercicios con balón, dibujos con papel y lápiz). Se trataron temas sobre la definición de la HTA, la HTA como factor de riesgo para otras patologías, ejercicio físico para controlar la tensión arterial, cómo disminuir los obstáculos en la práctica del ejercicio, consejos útiles para la familia y retroalimentación.

En el estudio se estableció que la población participante es sedentaria, desconocen la importancia de la actividad física y manifiestan barreras para su implementación. Estos datos se muestran en resultados porcentuales y se determinaron por medio de la entrevista. En esta misma parte del estudio se midió el fenómeno estudiado que fue la práctica de ejercicios físicos. En la segunda parte de la intervención se describe claramente paso a paso el fenómeno de la estrategia educativa utilizada y se manifiesta solo a modo de conclusión los resultados de su implementación.

Respecto a las características demográficas la mayoría de los participantes del estudio son jubilados, con un nivel de escolaridad predominante de secundaria básica y más de 10 años de evolución de su enfermedad, no se encuentran datos sobre nivel socioeconómico ni distribución por edades. En este artículo los autores identifican las formas de conducta de los participantes destacando su sedentarismo, y el desconocimiento de la importancia de realizar actividad física además de la falta de conocimientos con respecto a su enfermedad. Se estableció la relación entre la práctica del ejercicio físico, y los conocimientos sobre la importancia de practicarlo, ya que es a partir de los conocimientos previos o adquiridos que el adulto mayor decide o no incorporarse a la actividad física.

Los resultados mostraron que de los 176 hipertensos, 125 eran sedentarios, (71 %), solo 51 de ellos (28,9%) refirieron no ser sedentarios; el mayor número de hipertensos estudiados tiene más de 10 años de evolución de su enfermedad (el 68,7 %) lo que guarda relación con el mayor número de sedentarios (76,8%). El 66,4% de los ancianos refirió que les gustaría realizar ejercicio prefiriendo la mayoría, caminar o trotar al aire libre y acompañados de amigos o de su pareja. Referente a la susceptibilidad percibida se puede observar que en 116 de los hipertensos está ausente (66%), es decir, que más de la mitad del total de los hipertensos, no conoce que realizar ejercicios físicos es importante para controlar su tensión arterial y también necesaria para evitar el riesgo de presentar otra enfermedad. La mayoría (97,1) no identifica el beneficio que tiene el ejercicio físico para su salud, el 93,1% de los entrevistados refirieron limitaciones (en 164 están presente) relacionadas con la edad, aludiendo que, "ya para qué"; la lejanía de las instituciones que brindan el servicio; los horarios y el tiempo, que no alcanza para cumplir con todas las responsabilidades del hogar. El 9,6% ha pensado realizar ejercicio físico para controlar su hipertensión arterial.

El instrumento utilizado, la entrevista basada en el modelo de "creencias en salud" y la revisión bibliográfica están, acordes con el fenómeno analizado que fue la practica física ya que por medio de ella se evidencia el poco interés de los participantes por realizar ejercicio, la revisión bibliográfica en el INDER y MINSAP comprobó la limitada incorporación de hipertensos al ejercicio. Este proceso puede ser replicado en otras condiciones de persona tiempo y lugar para establecer si existe o no la práctica de ejercicios físicos y los conocimientos sobre su importancia.

Este estudio puede ser de gran utilidad para futuras intervenciones, como se evidencio anteriormente los participantes del estudio refieren sedentarismo y muchas veces por falta de tiempo o espacio, además desconocen la importancia de la actividad física para el control de su enfermedad. La intervención realizada para educar sobre riesgos de hipertensión arterial contribuye en este estudio a la incorporación de hipertensos a la actividad física Esto nos puede aportar elementos para implementar acciones educativas dirigida a población con distintos limitantes como en este caso el tiempo, y por medio de la realización de

actividades lúdicas y recreativas incentivar la práctica física en el adulto hipertenso. Es importante destacar de este estudio que la recreación y la actividad física incentivan a la población a participar de las actividades educativas, por lo cual debería ser un componente de los programas, acciones o intervenciones en salud de usuarios con ECNT.

En el artículo 4 de diseño cuasi experimental que tuvo como objetivo evaluar la eficacia a medio plazo de una estrategia educativa grupal en la modificación de los estilos de vida, el control de los factores de riesgo, y el riesgo cardiovascular en 110 personas con HTA, entre 35 y 74 años. La intervención educativa se centró en cambios en los estilos de vida en hipertensos en tres fases de la siguiente manera: En la primera, durante el primer semestre de 2005 3 médicos y cuatro enfermeras, analizaron la literatura científica y elaboraron una intervención educativa grupal sobre temas de hipertensión y entrenamiento en técnicas de educación grupal (discusión dirigida). La segunda etapa, se realizaron cuestionarios sobre calidad de vida, alimentación, motivación, se exploró valoración física, estilos de vida y situación de los factores de riesgo y el riesgo cardiovascular de los dos grupos. En la fase de intervención realizada a lo largo del 2006 constó de tres sesiones y dos talleres. Se trabajó el concepto de riesgo y riesgo cardiovascular, medidas higiénico dietéticas para disminuir la presión arterial, hábitos tóxicos, ejercicio, dificultades para realizarlo, y alimentación. Cada sesión y taller estuvieron acompañados por un profesional experto en cada tema. En la evaluación final, se valoró a los pacientes para evaluar la eficacia real de la intervención.

Para analizar la información se utilizaron diferentes medidas estadísticas según el nivel de medición de las variables, las cuantitativas fueron expresadas con su media y desviación estándar (DS) y las cualitativas según su distribución de frecuencias. Se utilizó el test de χ^2 de Pearson para analizar la asociación de variables cualitativas independientes y para valorar los cambios en el tiempo el test de McNemar. Se utilizó la prueba T de Student para muestras relacionadas o independientes, según el caso, para la comparación de medias de dos grupos. Para el contraste de hipótesis se fijó un nivel de confianza de 0,05.

Entre los resultados se destaca que hubo un descenso en el riesgo cardiovascular del grupo intervención, dado por la disminución de la presión arterial, la disminución del índice de masa corporal e ingestión de sal. Se encontraron diferencias, entre la evaluación final y basal de la presión arterial diastólica en el grupo de intervención (-3,9 mmHg; IC95%: -7,1 - -0,65) y la sistólica en el grupo control (-7,1 mmHg; IC95%: -11,8 - -2,42). El descenso del riesgo cardiovascular en el grupo de intervención fue de 0,8 puntos porcentuales frente a un ascenso de 0,2 en el grupo control, lo que supone un efecto de 1 punto (IC95%: -3,9 - 1,9) de descenso en el riesgo. Sin que alcance significación estadística se ha observado un incremento, tanto en la dosis de actividad física como el porcentaje de

pacientes activos en los dos grupos, sin alcanzar significación estadística ($p > 0,05$).

La conformación de la muestra de 110 de los 2180 adultos mayores, se realizó por muestreo aleatorio simple y se asignaron mediante el programa Epidat versión 3.1. Los sujetos que firmaron el consentimiento informado fueron aleatorizados en los grupos de intervención y de control mediante el mismo programa informático. Es importante resaltar que la asignación aleatoria es una característica de los ensayos clínicos. El seguimiento se realizó completamente durante los dos años del estudio 2007 y 2008, no se interrumpió el estudio y se analizaron los pacientes en el grupo que fueron aleatoriamente asignados, algunos participantes se retiraron del programa educativo pero no se amplía la información al respecto.

El artículo no hace referencia a que se mantuvieran o no el ciego de los participantes, pero refiere que la información en las dos evaluaciones fue recogida por dos evaluadores que desconocían el grupo de asignación e independientes del equipo investigador, Las determinaciones de los niveles lipídicos y de glucosa en sangre fueron realizadas de manera ciega por el servicio de laboratorio asociado al centro de salud.

Con respecto a la similitud en los grupos es de destacar, que la edad de los participantes se encontraba en un rango amplio 35 a 74 años, lo que pudo haber tenido efecto sobre los resultados, teniendo en cuenta la diferencia en las características físicas y biológicas de las distintas edades. No se especifica cuantos hombres y cuantas mujeres participaron. La similitud de los dos grupos coincide en que padecen de hipertensión arterial y están inscritos a un programa de hipertensos en un centro de atención primaria en salud.

El artículo refiere que el efecto del tratamiento no fue importante los resultados que se midieron como la presión arterial y el riesgo cardiovascular perfil lipídico glicemia, índice de masa corporal, hábitos alimenticios actividad física y motivación no mejoraron significativamente. Se tuvieron en cuenta todos los resultados de importancia clínica, se analizó cada variable, riesgo cardiovascular y presión arterial. Aunque los resultados del estudio no fueron significativos, se rescata que puede ser útil para identificar características de motivación y para evaluar el riesgo cardiovascular de los participantes.

En el artículo 5, ensayo clínico, comparó el resultado hipotensor a tres meses de dos modelos: Uno basado en la Información y el Cumplimiento (IC) y otro en la Empatía y la Motivación. La población de estudio fueron hipertensos mayores de 65 años afiliados al hospital Italiano de Buenos Aires con un bajo nivel socioeconómico y educativo. La intervención correspondió a 4 talleres educativos grupales de 2 horas de duración en cada grupo integrados por 10 personas, dictados por especialistas en hipertensión. En el taller de información y cumplimiento se enfatiza en lo que debe o no hacer el usuario y es usual la

prohibición, el mensaje se centra en la enfermedad y el método utilizado es el expositivo. El taller de empatía y motivación, busca aumentar la percepción de sus capacidades, estimular el cambio reconociendo el deseo del paciente de mejorar su calidad de vida, el método es participativo y el docente es mediador.

Los resultados muestran que el modelo basado en la empatía y la motivación fue más eficaz en reducir la presión arterial y aumentar el control de la misma por el paciente que el modelo de información y cumplimiento. La PAS disminuyó en ambos grupos, al cabo de tres meses el grupo EM mostró una reducción significativa de 8,45 mmHg (95% IC 1,7-15) y el grupo IC tuvo una reducción de 2,6 mmHg (95% IC -3-8), con una reducción neta del -5,85 (95% IC -14,4-2,7). La reducción neta de la PAD fue de -2 mm Hg (95% IC -7.7-3.8). La reducción de la PAS nocturna fue -12,4 (95% IC -22.4-2.4). La educación EM se asoció con significancia estadística al mayor grado de control de la presión luego de ajustarse por otras variables.

La asignación de los pacientes fue de manera aleatoria, de los 84 pacientes que cumplieron con los criterios de selección (bajo nivel socioeconómico y educativo, sin demencia que puedan movilizarse por sus propios medios, que no hayan cambiado su tratamiento hipotensor mediante el ensayo, y que aceptaran participar libremente del estudio) se randomizaron los primeros 60 en dos grupos aleatoriamente asignados. El artículo hace referencia a que el seguimiento del tratamiento fue completo, a los tres meses, y no menciona alguna interrupción. Con respecto a los ciegos del tratamiento, la asignación a los grupos fue ciega, los médicos de cabecera no conocían bajo que modalidad educativa se encontraba el paciente.

Los grupos seleccionados fueron similares al comienzo del ensayo, la edad (67 vs 70), sexo (57% vs 30 %), presión arterial sistólica (157 vs 156 mmHg) y presión arterial diastólica (88 vs 88 mmHg) El porcentaje de diabéticos (23 vs. 31 %), dislipémicos (60 vs. 73%), sedentarios (75 vs. 50 %) y natriuresis basal (116 vs. 121 m Eq/día). El efecto del tratamiento fue moderado, los resultados midieron la disminución de la presión arterial en los dos grupos, observándose que a los tres meses que el grupo empatía y motivación mostró una reducción significativa de 8.45 mmHg y el grupo información y cumplimiento tuvo una reducción de 2.6 mmHg. No se tuvieron en cuenta todos los resultados de significancia clínica pues otros hallazgos como: Diabetes, sedentarismo y dislipidemia no se establecieron como tema para la intervención, esto afecta en el sentido de que se dejan atrás otros aspectos de la salud que de no ser intervenidos, pueden causar otras alteraciones además de la HTA, como por ejemplo obesidad, complicaciones por diabetes o infarto.

Los resultados de este estudio si pueden ser aplicables en nuestro medio, ya que la población a quien va dirigida la intervención incluye adultos mayores hipertensos, además es una población a la cual es necesario incluir el componente

motivacional en la práctica educativa, con el fin de contribuir a mejorar su autoestima. Este tipo de intervenciones no presenta ningún riesgo para los participantes pero si se justifican los costos. El personal contratado durante tres meses, y la papelería serían los elementos de costo utilizados en este caso.

En el artículo 6 de diseño cuasi experimental, tuvo como objetivo diseñar y evaluar una intervención psicológica breve, de carácter cognitivo conductual dirigida a 38 adultos mayores hipertensos, con el fin de evaluar su efecto sobre los niveles de presión arterial sistólica y diastólica. Los criterios de inclusión fueron: padecer de HTA, ausencia de desordenes psiquiátricos, auto valencia y alfabetismo, la intervención cognitivo conductual realizada constó de 8 sesiones de dos horas, dos veces a la semana. Se utilizaron cuatro estrategias con el objetivo de disminuir la presión arterial: Entrenamiento en relajación, que enseña a concentrarse en las sensaciones provocadas por la contracción de pequeños músculos; relajación por respiración; reestructuración cognitiva; donde se evalúan las cogniciones con el fin de comprender el impacto negativo de ciertos comportamientos sobre sus emociones y conductas; psi coeducación; información sobre la HTA e influencia de las variables psicosociales sobre la enfermedad; conductas saludables, con el objetivo de incidir sobre el estilo de vida del anciano.

Los resultados del estudio consideran que hubo una disminución de la presión arterial en el grupo experimental, concluyendo que esta estrategia puede ser un complemento importante para el tratamiento farmacológico de la HTA. La medida pre tratamiento presentó diferencias estadísticamente significativas entre casos y controles, tanto en la variable PA sistólica ($F=6,43$ $p < 0,012$) como en la variable PA diastólica ($F=9,52$ $p < 0,001$). El análisis estadístico muestra diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo control en los niveles de PA, $F=2,641$ $p < 0,023$. El efecto del tratamiento sobre los niveles de PA en los sujetos intervenidos fue mediano (0,504) y la sensibilidad con que la prueba estadística utilizada captó los cambios sobre las variables dependientes fue alta (0,873). La variable PA sistólica no presentó diferencias de medias significativas entre casos y controles en las medidas de tratamiento y de seguimiento. El impacto que tuvo la intervención sobre los sujetos en los niveles de PA sistólica fue bajo a lo largo de las mediciones de tratamiento y seguimiento.

La sensibilidad con que la prueba estadística captó los cambios sobre los niveles de PA sistólica alcanzó un nivel mediano. Los efectos de la intervención cognitivo conductual sobre PA diastólica. La variable PA diastólica mostró diferencias significativas entre casos y controles (rango $p < 0,022$ a $p < 0,001$) Durante las mediciones de tratamiento y seguimiento realizadas, a excepción de la primera medida de tratamiento donde no se observaron estas diferencias entre los grupos evaluados ($p < 1,00$).

Se realizó el Contraste de Levene, para comprobar la igualdad de varianzas entre casos y controles, en el Análisis de control estadístico. Para asegurar que los

cambios observados se debían exclusivamente a la intervención y no a otras variables extrañas, se realizaron cálculos referidos a auto correlaciones y autor regresiones. Estos análisis revelaron que los cambios observados en los niveles de PA sistólica y diastólica en los sujetos se debían a la Intervención realizada y no a otras variables intervinientes, aun considerando las diferencias presentadas entre ambos grupos en la medida de pre tratamiento. Se utilizó en análisis del MANOVA para las medidas pre-tratamiento. La medida pre-tratamiento presentó diferencias estadísticamente significativas entre casos y controles, tanto en la variable PA sistólica ($F=6,43$ $p < 0,012$) como en la variable PA diastólica ($F=9,52$ $p < 0,001$).

Los 38 pacientes fueron seleccionados a través de un muestreo no probabilístico, de tipo accidental, luego fueron seleccionados aleatoriamente de casos y controles. El seguimiento realizado fue completo durante un mes que duró el tratamiento, no se refiere interrupciones y se analizaron los pacientes al grupo que fueron aleatorizados. El estudio no es claro con respecto a los ciegos ni en los pacientes, ni en los clínicos ni en el personal de salud. Respecto a la similitud de los grupos, sólo compartían algunas características; sus edades estaban entre 63 y 77 años, nivel socioeconómico bajo y pertenecientes al programa de hipertensión del Centro de salud familiar Salvador Bustos de la comuna de Ñuñoa. Los casos, 5.3 % presentaba hipertensión sistólica, el 31.6 % presentaba hipertensión diastólica, 31.6% hipertensión sistodiastolica y el 31.6% restante presentó niveles de presión arterial bajo. En el grupo control 5.3% presentaba hipertensión sistólica, 15.8% sistodiastolica, y el 78.9% restante presentó niveles de presión arterial bajo. El consumo de antihipertensivos alcanzaba 31.57 % en el grupo experimental y 15.78 en el grupo control. Estas diferencias sobre todo en la presión arterial y el consumo de antihipertensivos, pueden tener efecto sobre los resultados ya que se asocian a otras variables diferentes de la intervención.

El resultado que se midió fue la disminución de la presión arterial luego de la intervención cognitivo conductual, el efecto del tratamiento fue mediano, en la presión arterial diastólica la intervención provoco una disminución significativa de los niveles al comparar los casos con los controles tanto en las medidas de tratamiento como de seguimiento. La presión arterial sistólica no presentó disminución significativa en los dos grupos. Pero se concluyó que la disminución presentada en los niveles de presión arterial se debe a la intervención. Los grupos fueron tratados de igual modo, durante la intervención se realizaron tres mediciones de la presión arterial, las mediciones de tratamiento y de seguimiento, tanto en los casos como en los controles, se realizaron bajo las mismas condiciones.

Los resultados de esta intervención si pueden ser aplicados en nuestro medio, pues los pacientes que hacen parte del programa de ECNT de interés en el presente estudio, la mayoría son adultos mayores y necesitan de una intervención que contenga los dos componentes descritos, tanto el cognitivo como el

conductual, además son usuarios de bajo estrato socioeconómico y es factible considerar actividades como ejercicio físico y relajación, que no representan mayor costo económico aunque se requeriría más recurso humano y tiempo que en la realidad se traduce en gastos económicos.

En el artículo 7, ensayo clínico, tuvo como objetivo identificar las reducciones de PA y de FC, que es posible conseguir sesión a sesión tras la aplicación de la relajación muscular, además se pretendió descubrir el mínimo número de sesiones para provocar descensos sostenidos de PA. La población de estuvo conformada por 30 pacientes hipertensos, 9 mujeres y 21 hombres, procedentes de la unidad de hipertensión del Hospital general de Asturias, y del centro de salud del Cristo (Oviedo); los criterios de inclusión fueron: historia de hipertensión esencial, diagnóstico de HTA ligera, duración mínima del problema de seis meses, edad entre 18 y 68 años, ausencia de desórdenes psiquiátricos, y no practicar ejercicio regular aeróbico. Luego de quedar grupos conformados por 15 sujetos, se realizaron dos intervenciones con una duración de ocho semanas y una frecuencia semanal de una visita a la clínica.

Para los sujetos del programa relajación RMP se aplicó el entrenamiento en relajación muscular progresiva, dotando al sujeto de habilidad para enfrentarse a las situaciones estresantes, se realizó una sesión semanal de media hora una vez a la semana, durante ocho semanas consecutivas durante la aplicación se registraron PA y FC al comenzar y finalizar la sesión. En el grupo placebo PLB, un programa de estimulación social, atención terapeuta e instrucciones verbales, consistió en la realización de ejercicios breves de estiramientos suaves y flexibilidad muscular, elegido por ser demasiado ligero para lograr beneficios cardiovasculares. En esta sesión se explicó la importancia de la actividad física. El programa incluyó un breve grupo de ejercicios para relajarse y la duración del tratamiento fue igual a la del grupo RMP, se insistió que la práctica del ejercicio en la consulta y en la casa es fundamental para lograr los objetivos.

Los 30 pacientes del estudio fueron asignados al azar a cada una de las dos condiciones de tratamiento, 15 sujetos formaron el programa de relajación y 15 del programa placebo. Para la asignación al azar se utilizó una tabla de números aleatorios. En este caso se mantuvo oculta la secuencia de aleatorización. El artículo no hace referencia a los ciegos de los tratamientos. Con respecto a las similitudes de los grupos, solo coinciden en que padecen de Hipertensión arterial, pues los rangos de edad se encontraban de 18 a 59 años, factor que podría modificar los resultados teniendo en cuenta las características físicas y fisiológicas en las diferentes edades. Dos pacientes del estudio recibían tratamiento farmacológico. No se encuentran datos sobre nivel socioeconómico ni sexo.

Los resultados medidos fueron los índices cardiovasculares (PAS, PAD, FC) teniendo en cuenta su modificación a partir del entrenamiento en relajación muscular. Se demostró reducción en los parámetros evaluados con diferencias

estadísticamente significantes. El grupo que practicó la técnica la RMP descendió los niveles de PAS y PAD hasta valores incluidos en el rango de normotensión, las mayores reducciones se consiguieron en la cuarta y quinta sesión. La aplicación de la RMP posibilita reducciones puntuales de PAS de hasta 10 mmHg, y reducciones de PAD, en torno a los 6 mmHg, en cuanto a la FC se encuentran reducciones de hasta 7 latidos por minuto.

Los resultados de este estudio si pueden ser aplicados a nuestra población, ya que en este grupo se incluyen personas de todas las edades que padecen de HTA. Estos resultados nos aportan elementos para abrir campos para realizar técnicas de relajación, teniendo en cuenta que el estrés emocional es un factor determinante de alteraciones fisiológicas en este caso de los índices cardiovasculares incluyendo la presión arterial.

Los resultados de este estudio pueden ser aplicados a la población de interés, ya que en este grupo se incluyen personas de todas las edades que padecen de HTA. Estos resultados nos aportan elementos para abrir campos para realizar técnicas de relajación, teniendo en cuenta que el estrés emocional es un factor determinante de alteraciones fisiológicas en este caso de los índices cardiovasculares incluyendo la presión arterial.

En el artículo 8, ensayo clínico, tuvo como objetivo medir el impacto sobre la presión arterial de un protocolo de ejercicios en un grupo de adultos mayores hipertensos que no hubiesen realizado ningún ejercicio de forma regular en los últimos tres meses, los criterios de exclusión fueron: menores de 60 años, patología médica inestable, severa limitación física osteoarticular, lejanía del sitio de aplicación del protocolo, hospitalización reciente, evento cardiovascular durante tres meses, demencia o enfermedad mental, práctica no interrumpida de ejercicio regular.

La intervención realizada se basó en un protocolo que consistió en una práctica de ejercicio aeróbico con una frecuencia de tres veces a la semana con una duración de 10 semanas. Constan de calentamiento, caminata y trote y enfriamiento se utilizó el Talk test para verificar la intensidad del ejercicio al concluir cada vuelta al circuito. La única variable del estudio tensión arterial fue medida con un tensiómetro digital. Los resultados del estudio muestran una reducción de las cifras tensiionales con la practica regular del ejercicio aeróbico, en la PAS 15.41 mmHg, y 8.47 mmHg en la PAD. Se entrevistaron 44 interesados en participar que, después de la evaluación se redujeron a 39, luego fueron separados en dos grupos a través de un proceso de aleatorización en bloque sin distinguir el sexo, grupo de ejercicio y grupo control; luego se les informó en el grupo asignado obteniendo una nueva deserción, el grupo de ejercicio quedó con 19 participantes y el grupo control con 19.

No es claro que el seguimiento del estudio se realizara completamente, no se refieren interrupciones y se analizaron los pacientes en el grupo que fueron aleatoriamente asignados. Ambos grupos perdieron un participante finalizando el protocolo, El artículo refiere un simple ciego. Los participantes fueron similares al comienzo del ensayo, adultos mayores que cumplieron de manera estricta con los criterios de inclusión antes señalados. Con respecto a la edad en ambos grupos fue mayor de 60 años, y los grupos tenían un número similar, tanto de mujeres como de hombres. Durante el inicio del programa se supo que una voluntaria del GE tenía menos de 60 años, permitiéndosele continuar, pero no considerándole en los resultados finales, por lo cual, el GE se redujo a 18 participantes. Durante todo el estudio los participantes fueron tratados de igual modo, las medidas de presión arterial se realizaron con el mismo tensiómetro digital, antes durante y luego de la intervención.

La única variable del estudio fue medida a través de un tensiómetro digital, marca Beure, GMBH & Co, modelo VC-14, previamente calibrado. La persona que realizó todas las mediciones fue la asistente médico, a través de una técnica estandarizada. Se efectuaron mediciones al comienzo y al final del programa a los 2 grupos, y al GE durante todo el protocolo, semanalmente, después de las sesiones.

El resultado que se midió durante el tratamiento fue el impacto del ejercicio aeróbico en el adulto mayor, desde el descenso de la presión arterial que los resultados del estudio reportan una reducción de las cifras tensionales con la practica regular del ejercicio aeróbico, en la PAS 15.41 mmHg, y 8.47 mmHg en la PAD. El análisis estadístico de los datos se realizó con STATA 7.0. Para evaluar validez estadística se aplicó el test de Wilcoxon para estudio de muestras pareadas e independientes. Se analizaron los Intervalos de Confianza para comprobar las diferencias entre ambos grupos. Finalmente se analizó el riesgo relativo (RR), considerándose como deseable el descenso de 7 mmHg para la presión sistólica y 5 mm Hg para la presión diastólica.

Desde el principio del estudio se tuvieron en cuenta todos los hallazgos de importancia clínica, esto con el fin de evitar sesgos, uno de ellos fue un mayor descenso de la presión arterial en 4 participantes del GC, dado que existía una diferencia interna significativa se descartaron a estos cuatro participantes del análisis final. Existe un riesgo en este caso con los adultos mayores, ya que la actividad física no controlada podría desencadenar algún evento cardiovascular o problemas de desgarros musculares. En este estudio se tuvo en cuenta la presencia de un médico experto para la vigilancia estricta del ejercicio.

Los resultados de este estudio se pueden aplicar en nuestro medio, ya que en usuarios de programas de ECNT encontramos muchos adultos mayores. Es importante destacar que los aportes del artículo orientan la implementación de actividad física diaria para el control de la presión arterial, concluyendo que puede

ser un complemento de bajo costo para la implementación de acciones de educación para salud, y así mismo para el tratamiento farmacológico de la HTA. Con respecto a los costos que implican la contratación de personal especializado encargado se puede justificar su realización, ya que los resultados muestran eficacia de la intervención con los descensos sostenidos de la presión arterial y el consiguiente aporte a otras áreas de la calidad de vida de los adultos mayores.

En el artículo 9, cuasi experimental, tuvo como objetivo evaluar los alcances de la estrategia con sesiones grupales en el control clínico de 11 grupos de adultos con diabetes e hipertensión con un universo de 1622 pacientes incorporados, de los cuales 41% completo, 26% abandono, y 33% no se presentó a las sesiones. Los grupos seleccionados no fueron equivalentes, se calculó el tamaño de muestra para estudios de casos y controles en EPITABLE de Epi-Info versión 6, resultando 88 para el grupo de intervención (grupo A) y 88 controles (grupo B), para un total de 176 pacientes.

La estrategia consistió en 6 sesiones educativas de dos horas distribuidas en un mes, dando énfasis al poder de decisión de los pacientes, la temática se centro en integración grupal y aspectos generales de la enfermedad, prevención de complicaciones y metas del tratamiento, manejo del estrés y aceptación de la enfermedad, plan de alimentación, importancia de la actividad física y taller de auto monitoreo. Se recogieron datos del nivel de glucosa, tensión arterial e índice de masa corporal en tres mediciones repetidas en cuatro meses: pre intervención, durante el curso y cuatro post intervención. Para evaluar el aprendizaje se diseñó un instrumento con opciones de respuesta verdadera, falsa, no sé. La validez del contenido se dio con el juicio de siete expertos llegando al 100% de acuerdo a cada pregunta en 10 rondas.

En este estudio, la exposición fue la intervención grupal realizada enfatizando en el poder de decisión y la respuesta evaluada fue la disminución de la presión arterial, IMC, disminución de la glucosa y el nivel de conocimientos. Los dos grupos se establecen como no equivalentes debido a que algunos padecen de hipertensión arterial y otros de diabetes, además las diferencias con respecto a los niveles de PA y glucosa son diferentes entre los grupos. Las variables que se relacionan en este estudio fueron la disminución de la glucosa, la presión arterial y el IMC, a partir del nivel de conocimiento de los participantes, variables que se midieron antes y después de la intervención.

La información se resumió en frecuencias, medidas de tendencia central y de dispersión, t de Student para muestras independientes, en la comparación pre intervención e intergrupos, se utilizó t para muestras pareadas en las diferencias intragrupos y número de aciertos, la prueba de Wilcoxon en la evaluación del instrumento, análisis de varianza (ANOVA) de un factor con mediciones repetidas al comparar glucosa y tensión arterial sistólica en los tres tiempos para cada grupo. Se usó alpha de Cronbach para medir la consistencia interna del

instrumento; la prueba de hipótesis con valor de significancia de $p = 0.05$. Los resultados mostraron que en el grupo A, el promedio de la glucosa disminuyó -82 mg/dL ($p < 0.0001$), la presión arterial sistólica -11.7 mm Hg ($p < 0.0001$) y presión arterial diastólica -6.9 mm Hg ($p < 0.0001$); no hubo cambios significativos en el grupo B. En el modelo de mediciones repetidas (cuatro meses antes, durante y cuatro meses después de la intervención educativa),

En estos resultados es importante resaltar que una intervención grupal con el objetivo de mejorar la habilidad para tomar decisiones en situaciones problemáticas, y la aproximación a hábitos más saludables, puede ayudar el control de la diabetes y la hipertensión, en este sentido sería importante implementar acciones de educación que incluyan aspectos del empoderamiento de la salud de las personas, y el control de situaciones estresantes, por lo cual es necesario que el personal de salud se interese por capacitarse en estos aspectos.

En el artículo 10., cuasi experimental, tuvo como objetivo evaluar la eficacia de una intervención educativa grupal participativa sobre la presión arterial media, índice de masa corporal y nivel de conocimientos. La población de estudio estuvo conformada por 48 pacientes hipertensos no controlados, de una unidad de medicina familiar, se incluyeron pacientes con hipertensión leve y moderada remitidos de los consultorios de medicina familiar que estuvieron bajo tratamiento antihipertensivo. Se excluyeron los pacientes con evidencia de lesión severa del órgano blanco o presencia de complicaciones crónicas previamente diagnosticadas; se retiraron del estudio a los pacientes que no acudieron a dos sesiones educativas.

La intervención inició con la determinación de la presión arterial, cálculo de IMC y se aplicó un cuestionario con 20 preguntas para evaluar el nivel de conocimiento de los participantes. La intervención fue un curso de educación basado en un modelo activo-participativo, combinando el trabajo en taller, promoviendo la discusión de los participantes y el planteamiento de dudas con sesiones de cuatro horas durante cinco días cada bimestre por tres bimestres. En las sesiones se discutieron las generalidades de HTA, alimentación, requerimientos de peso y talla y beneficios del ejercicio. Las ayudas didácticas fueron videocasetes, acetatos, televisor, computadora, tablero, folletos y báscula. El grupo de pacientes fue citado cada dos meses para valorar su condición clínica y hacer seguimiento, prescripciones farmacológicas, mediciones de peso IMC, y presión arterial.

En este estudio solo se estableció un grupo para la investigación no existió un grupo control, característica, aceptada en estudios cuasi experimentales. En este caso los grupos no fueron asignados al azar, pues los 48 pacientes estudiados fueron enviados directamente de los consultorios de medicina familiar teniendo en cuenta que estuvieran bajo tratamiento antihipertensivo. La exposición fue la intervención educativa grupal aplicada y la respuesta fue esperada fue el valor de la presión arterial media, el índice de masa corporal y los conocimientos

adquiridos. La hipótesis de trabajo se centró en demostrar que la educación para la salud contribuye en el aumento del nivel de conocimientos, demostrándose en la reducción de la presión arterial y el índice de masa corporal. La investigación plantea la relación causan entre las variables nivel de conocimientos y presión arterial e índice de masa corporal, queriendo establecer que a mayor conocimientos mejor control de presión arterial y disminución del índice de masa corporal.

El análisis de los resultados se hizo con estadística descriptiva, calculando porcentajes, promedios y desviación estándar. Así mismo, se determinó la t de Student para grupos apareados. Con respecto al nivel de conocimientos sobre hipertensión, se evidenció un aumentó en 31.3 puntos en la población estudiada después de la intervención educativa. Respecto al índice de masa corporal, se observó disminución de 2.75 puntos posterior a la intervención ($p < 0.05$) Al analizar los cambios observados, tanto el peso como la presión arterial media (PAM) mostraron diferencias estadísticamente significativas en su disminución respecto a las mediciones iniciales, con una diferencia de la presión arterial media de 13.69 mm Hg al final del estudio ($p < 0.05$).Las variables dependientes del estudio fueron la presión arterial media y el índice de masa corporal y la variable independiente fue el nivel de conocimientos.

Este estudio aporta a la población de interés en la medida que muestra la importancia de fomentar la participación del usuario en las intervenciones educativas. Asimismo, deja claro que se deben implementar más recursos lúdicos y audiovisuales que, en ocasiones, existen en las instituciones pero no se utilizan. El estudio deja claro que una intervención organizada y pensando en el contenido y los recursos traer beneficios en la situación clínica de las personas.

En el artículo 11, cuasi experimental, tuvo como objetivo determinar el impacto de un programa de intervención biopsicosocial para reducir los niveles de presión arterial a través del mejoramiento de la adherencia al tratamiento de personas con HTA. Participaron 44 personas adscritas a una institución de servicios de salud de la ciudad de Cali, el 79.5 % eran mujeres y el 20.5 % hombres con rangos de edad entre 28 y 82 años. Los criterios de selección fueron: asistencia a un control médico mensual, al menos 6 meses antes del inicio del programa; estar consumiendo por lo menos un medicamento antihipertensivo; ausencia de otra enfermedad crónica; ausencia de compromiso de órganos blanco; sin tratamiento psicológico previo y ausencia de trastorno psiquiátrico.

Se formaron cuatro grupos de intervención con aproximadamente 10-18 personas por grupo que asistieron a 18 sesiones semanales de dos horas y media. El programa de intervención comprendió tres fases: preliminar, pre evaluación, intervención y post evaluación de los niveles de presión arterial. La intervención, comprendió educación sobre hipertensión arterial, auto eficacia percepción de control sobre su enfermedad, autocontrol, nutrición saludable, actividad, física,

cumplimiento del tratamiento farmacológico, consumo de alcohol y cigarrillo, y manejo del estrés, con respecto a la identificación de eventos estresores; Control fisiológico del estrés a través de respiración profunda, relajación muscular no tensional, y visualización; control cognitivo del estrés por medio de reestructuración cognitiva; desarrollo de habilidades de afrontamiento por medio del entrenamiento en solución de problemas y comunicación asertiva.

En este estudio hubo un grupo de seguimiento. El procedimiento para la conformación de los participantes se realizó a través de las bases de datos de la institución de salud, contactados telefónicamente, e invitados a la presentación del programa de intervención biopsicosocial. Una vez conocieron los objetivos del programa las personas que aceptaron hacer parte del estudio firmaron un consentimiento informado. La exposición a la que se sometieron los participantes del estudio fue la intervención que contenía componentes biológicos, psicológicos y sociales de la enfermedad. La respuesta se dio a partir de la disminución de los niveles de presión arterial, la adherencia al tratamiento y el nivel de conocimientos adquiridos por los participantes.

En este estudio es claro que se presenta una investigación pre y post intervención en un solo grupo, se analizaron los niveles de presión arterial y el cuestionario de adherencia al tratamiento antes de aplicar la estrategia y después, los resultados muestran eficacia con la intervención. Las variables estudiadas demostraron que la adquisición de conocimientos y la adecuada práctica saludable influyen en la disminución de la presión arterial y por ende en la adherencia al tratamiento de su enfermedad. La condición física y el apoyo social también contribuyen a mejorar significativamente la adherencia al tratamiento.

La información se procesó en Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 13.0 para Windows. Se calcularon las medidas de tendencia central y de dispersión para determinar las características de la muestra. La simetría de los valores encontrados en presión arterial permitió utilizar la prueba t de Student para determinar la eficacia diferencial pre-post intervención en las PAS y PAD. A su vez, se realizó un análisis categórico utilizando tablas de contingencia, clasificando a los pacientes en dos niveles de presión: controlada y no-controlada. Para todos los análisis se estableció un margen de error del 0,05 y una confiabilidad del 95%. Los resultados muestran que el programa biopsicosocial, logró al final de la intervención disminuir en niveles significativos la PAS. Después de la intervención todo el grupo dejó totalmente el consumo de alcohol y cigarrillo. En adherencia al tratamiento, los cambios post-intervención fueron estadísticamente significativos ($p = 0,000$; 95%), el 86,6% de los participantes terminó en nivel alto de adherencia y el 11,4% finalizó en nivel medio.

Estos resultados, aportan al programa de la institución de salud de primer nivel de interés, una guía para las diferentes acciones de educación en salud orientadas de manera integral que cubra todas las dimensiones del ser humano,

considerando los aspectos psicológicos, biológicos y sociales, con el fin de dar respuesta a las necesidades de las personas fomentando el empoderamiento de su salud, y la adquisición de conocimientos que les permita lograr un adecuado control de la HTA.

En el artículo 12., cuasi experimental, tuvo como objetivo evaluar la escuela de hipertensos como una nueva modalidad de tratamiento en el que participaron 80 pacientes mayores de 18 años, hombres y mujeres diagnosticados como hipertensos en la consulta especializada de HTA pertenecientes al consultorio del médico y la enfermera de la familia del Policlínico Docente 30 de Noviembre De Santiago de Cuba.

La intervención realizada fue la escuela educativa para hipertensos caracterizada por el empleo de varias técnicas durante su desarrollo: auto relajación, terapia musical combinada con colores, (musicoterapia cromoterapia) y dinámica o discusión grupal, los integrantes no debían exceder de 20 y el número de sesiones no podía ser menor de cuatro. Se evaluaron los conocimientos, opiniones y consideraciones sobre el comportamiento individual y la forma de modificarlo, sin tratar de imponer criterios médicos, además de indicarle al enfermo actitudes para aumentar la fuerza de voluntad y el nivel de responsabilidad.

En este estudio, la exposición fue la intervención educativa, en no menos de 4 sesiones y la respuesta a dicha exposición fueron los cambios en los hábitos de vida saludables. La hipótesis planteada es que la escuela educativa para hipertensos con todas las actividades ya mencionadas, proporciona un nivel de conocimiento adecuado sobre la HTA y a su vez un cambio en los hábitos de vida saludables. En el estudio no hubo grupo control ni aleatorización de los sujetos. En la primera etapa de la intervención se indagó sobre: edad, sexo, escolaridad, ocupación, antecedentes patológicos familiares de HTA de primera línea (padre, madre y hermanos), hábitos tóxicos (café, cigarro, tabaco y alcohol) y enfermedades asociadas, así como también los elementos clínicos, psicológicos y terapéuticos de interés.

Antes y después de la intervención se realizó una encuesta para observar como era el comportamiento y que modificaciones se obtuvieron luego de la intervención con respecto a: hábitos tóxicos, dieta adecuada, ejercicios, tratamiento farmacológico, cumplimiento del tratamiento indicado por el médico frecuencia con la que se acude al médico, y nivel de conocimientos. Por lo tanto, las relaciones causales entre variables se dan a partir del nivel de conocimientos, ya que de aumentarse favorece la modificación de otras variables como hábitos tóxicos, dieta, ejercicio y asistencia a controles médicos. La información obtenida se representó en tablas de contingencia estadística de una o más entradas, donde se empleó el porcentaje como medida de resumen. Para la validación de los hallazgos se aplicó la prueba de Chi cuadrado de homogeneidad, con un nivel de significación de $< 0,05$ y de alta significación de $< 0,01$.

Los resultados del estudio muestran que después de la intervención los hábitos tóxicos se habían modificado con diferencias altamente significativas en cuanto a la ingestión de café ($p < 0,01$) y significativas en relación con el consumo de alcohol y el tabaquismo ($p < 0,05$). Antes de la acción educativa, más de las tres cuartas partes de los hipertensos incluían medicamentos hipotensores en su tratamiento, seguidos de cerca por los que utilizaban sedantes luego de cursar la escuela, un elevado número de ellos comenzó a seguir una terapia no farmacológica, con predominio de la dieta adecuada, los ejercicios físicos y la medicina verde, con buenos resultados. Apenas un tercio de los pacientes cumplía el plan terapéutico antes de recibir las orientaciones precisas y alrededor de una cifra similar ni siquiera lo hacía después de las técnicas participativas, ninguno dejó de seguirlo y se incrementó muy significativamente el porcentaje de los que lo hacían completo ($p < 0,01$), con una marcada disminución de los que seguían el tratamiento de forma incompleta ($p < 0,01$). Los hipertensos acudían al médico frecuentemente, a veces o nunca en igual proporción (27,5 %), pero luego de la intervención aumentó sustancialmente el número de los que nunca concurrían al médico para mantener controlada su tensión ($p < 0,01$). La escuela proporcionó un nivel de conocimiento adecuado sobre el proceso hipertensión.

Los resultados de este estudio aportan en términos que la educación para la salud que se brinda logrando la participación del grupo y sin autoridad sobre las personas es más efectiva para fomentar modificaciones en los hábitos saludables de las personas. También permite aclarar que ayudas como la música y la relajación son acciones poco implementadas pero que ofrecen beneficios a los usuarios, es importante tener en cuenta que son actividades de poco costo, solo que requieren un poco más de tiempo y dedicación.

Aplicación de las intervenciones en una institución de salud de primer nivel.

Una vez finalizadas la primera y segunda aproximación al análisis de los artículos estudiados se consideró pertinente realizar un balance de los artículos que nos aportan de manera más cercana a la solución de la situación problema presentada en la justificación del presente trabajo de grado.

Con relación al artículo 1 de tipo cualitativo se resalta que se podría implementar una intervención educativa teniendo en cuenta las sugerencias de los participantes, esta sería una estrategia para que los usuarios se sientan escuchados y valorados con respecto a sus opiniones, esto lograría una mayor disposición para recibir la información, y a su vez empoderamiento.

Los artículos 2, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12 nos aportan a que la implementación de técnicas grupales en la cual no solamente se brinda información, si no que se motive al usuario a participar, a jugar y a explorar sus sentimientos pueden ser efectivas en la disminución de la PA.

Los artículos 3, 7, y 8 nos aportan a que las intervenciones deben incluir el desarrollo de actividades físicas enfocadas a la relajación, y mantenimiento de los índices cardiovasculares, se resalta que estos estudios implementan la motivación y la educación sobre la importancia de la actividad física, esto quiere decir que se debe explicar al usuario el por qué es importante.

4. CONCLUSIONES

Según la revisión documental realizada las intervenciones de educación para la salud en adultos requieren de unas características como: planeación, tiempo, dedicación, lugar determinado y disposición por parte del equipo de salud, esto con el fin de lograr una adecuada interacción en el proceso enseñanza aprendizaje. Teniendo en cuenta el logro de los objetivos propuestos en el presente trabajo en relación con el reconocimiento de las características de intervenciones de educación para la salud se concluyó lo siguiente:

En relación a la calidad de los documentos encontrados se puede decir:

- Los diseños metodológicos de los doce artículos se encontraron acordes con la selección de la población, y las intervenciones analizadas.
- Con respecto al único estudio de tipo cualitativo (1) se destaca valioso su contenido, pues son pocos los estudios en los últimos años que se dedican a profundizar en las opiniones e intereses de los usuarios con ECNT, y desde allí plantear un programa educativo.
- Los artículos 2 y 3 de diseño epidemiológico descriptivo, enfatizan en la importancia de incluir al adulto hipertenso a la práctica educativa, pero los resultados no aclaran del todo el beneficio de la aplicación de dichas intervenciones.
- Los doce artículos analizados muestran claridad con respecto a la aplicabilidad de los resultados a cualquier tipo de población, destacando en todos que son mínimos los riesgos.
- Es de destacar que los artículos 4 y 9, incluyen en sus variables de análisis la glucosa, colesterol, y perfil lipídico lo que muestra un análisis mas profundo sobre el control de la HTA.
- Los doce artículos a excepción del número 5 ensayo clínico, muestran una amplia revisión bibliográfica lo que fundamenta muy bien las intervenciones realizadas y su pertinencia.

Con respecto a la aplicabilidad de los resultados de las intervenciones se puede concluir lo siguiente:

- Las intervenciones para el control del estrés, la relajación y el ejercicio físico son estrategias de impacto positivo que estimulan al usuario a participar de las diferentes actividades y demuestran una disminución de la presión arterial. En el escenario del programa de ECNT, se deberían

proponer espacios donde el usuario pueda realizar ejercicios de relajación, escuchar música, y practicar aeróbicos. En las actividades de tipo físico es importante la estricta vigilancia para evitar lesiones.

- Se pudo identificar que las sesiones educativas implementadas no se realizan con más de 20 participantes, pues los estudios enfatizan en que de esa manera se pueden despejar las dudas de todos los usuarios, y lograr un ambiente de familiaridad. Para la institución antes mencionada sería recomendable formar grupos más pequeños, ya que en la institución antes mencionada las sesiones se realizan con un promedio de 100 a 150 personas.
- Las intervenciones educativas deben incluir la vinculación de otros profesionales como psicólogos, nutricionistas, y entrenadores físicos. En la aplicación al programa de ECNT, debería haber por lo menos una visita mensual con uno de estos profesionales para enriquecer las sesiones educativas.
- Las intervenciones educativas se caracterizan por abarcar todos los aspectos del ser humano, físico, biológico, psicológico y social, ya que la enfermedad no es causada solamente por el componente fisiológico si no por otros aspectos. Debería existir una consulta personalizada por el médico y la enfermera donde se dedique tiempo a motivar la parte psicológica individual.
- Varios estudios coinciden en controlar de manera estricta el peso, la talla, y el índice de masa corporal: Sería importante durante los talleres educativos buscar un espacio para realizar estas mediciones y motivar a las personas que han logrado buenos resultados.
- La educación para el adulto mayor debe realizarse de manera independiente, ya que se debe tener en cuenta los cambios funcionales con la edad como la visión, la audición, y el componente físico. En este sentido las acciones educativas deben buscar herramientas diseñadas para ellos, como ayudas didácticas con letra más grande, hablar más duro y claro y utilizar dibujos.
- Es importante afianzar por parte del equipo de salud la amabilidad y empatía, pues los pacientes desisten de las sesiones educativas por sentir incomodidad.
- Con respecto a la práctica de charla educativa, es necesario que no se implemente de manera autoritaria suponiendo lo que debe o no hacer el

usuario, si no aconsejar, y destacar la importancia de los hábitos saludables motivando la participación.

Las personas que participan de las intervenciones educativas quieren ser escuchados, manifestar sus opiniones, y motivaciones sobre el cuidado de su salud, esto los hace sentir importantes y motivados a no desistir de ellas. Antes de realizar o programar una actividad de educación para la salud es importante identificar las necesidades de educación de los adultos por medio de la identificación del grado de conocimientos, además se debe implicar a las familias en la educación del adulto, pues son apoyo fundamental en el proceso educativo para mejorar el control de su enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

ALCÁNTARA HERNÁNDEZ, Elizabeth; TEJADA TAYABAS, Luz María; MERCADO MARTÍNEZ, Francisco et al. Perspectiva de las personas con Enfermedades Crónicas .Las Intervenciones Educativas en una Institución Sanitaria de México. En: Revista de investigación en salud. [en línea]. Diciembre de 2004. Vol. 6. N°. 3 p. 146-153. Disponible en Internet en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/142/14260302.pdf>. Consultado en: Junio de 2010.

ÁLVAREZ ALVA, Rafael. Educación para la salud: Algunos conceptos acerca de la educación. Editorial Manual Moderno. Segunda Edición. 2005. p. 35.

BERENA, Patricia et al. Los Modelos Pedagógicos en los Programas de Hipertensión Arterial: entre la Experiencia y los Aprendizajes. Perspectivas En Nutrición Humana. Julio-Diciembre de 2007. Vol. 9. N°. 2. Medellín: Universidad de Antioquia. p. 141-152.

BERMEJO GARCÍA, Lourdes. Gerontología educativa: Como diseñar proyectos educativos en personas mayores. Ed. Panamericana. Segunda Edición. Bogotá, Colombia. p. 58.

BRIONES, Guillermo. Metodología de la investigación cuantitativa en ciencias sociales. Programa de investigación en teorías, métodos y técnicas de investigación social. Diciembre de 2002 [en línea] Disponible en internet en: <http://metodoinvestigacion.files.wordpress.com/2008/02/metodologia-de-la-investigacion-guillermo-briones.pdf>. Consultado en: Noviembre de 2010.

CARRASCO P. y GÁLVEZ, A. Importancia de la Enfermería Basada en Evidencia en la Elaboración de Protocolos y Guías Clínicas, Enfermería basada en evidencia. Barreras y estrategias para su implementación. Medwave. Año 4, No. 5, Edición Junio 2004. [en línea]. Disponible en Internet en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532007000100003&script=sci_arttext. Consultado en: Octubre de 2010.

CASPE. Critical Appraisal Skills Programme Español. Programa De Lectura Crítica. Entendiendo la evidencia sobre la eficacia clínica. 11 preguntas para entender un ensayo clínico. [en línea] Disponible en internet en: <http://www.redcaspe.org/caspe/lectura-critica/>. Consultado en: Noviembre de 2010.

----- . Entendiendo la evidencia sobre la eficacia clínica, [en línea]. España. Disponible en Internet en: <http://www.redcaspe.org/que-hacemos/herramientas/>. Consultado en: Septiembre de 2010.

Comunicación Poder y Punto. El rotafolio. 2007 [en línea]. Disponible en Internet en: <http://comunicacionpoderpunto.blogia.com/2007/011808-el-rotafolios.php>. Consultado en: Noviembre de 2010.

Concejo De Bogotá. Republica De Colombia. Acuerdo 20 de 1990, Diciembre 8: ... Por el cual se organiza el Sistema Distrital de Salud de Bogotá [En línea]. Disponible en Internet en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=2040>. Consultado en: Agosto de 2010.

DÍAZ SEOANE, D. C, et al. Efecto hipotensor de la educación en hipertensos mayores de 65 años. Hospital italiano de Buenos Aires. IntraMed. [en línea]. Disponible en Internet en: <http://www.intramed.net/UserFiles/Files/HTA.pdf>. Consultado en: Julio de 2010.

FIRIGUA, Daniela. "Características del proceso de comunicación equipo de salud-adulto mayor con hipertensión arterial. Programa de enfermedades crónicas no transmisibles. Institución primer nivel de atención". Trabajo de grado. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Enfermería. 2010. p. 149.

FLECK, Fiona. OMS. Las enfermedades no transmisibles ya son las que más víctimas causan en el mundo. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2008. [en línea]. Disponible en Internet en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr14/es/>. Consultado en: Septiembre de 2010.

GIL, Maritza. Investigación descriptiva. En: Tipos de investigación (en línea) (citado el 2 de octubre de 2010). Disponible en <http://www.ucla.edu/ve/dmedicin/departamentos/medicinapreventivasocial/SEB/investigacion/tiposinvestigacion.pdf>.

GONZÁLEZ Ana, y AMIGO Isaac. Efectos inmediatos del entrenamiento en relajación muscular progresiva sobre índices cardiovasculares. Redalyc. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. Psicothema. [en línea]. 2000, Vol. 12. N°. 001 P. 26-32. Disponible en Internet en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/727/72712103/72712103.html>. Consultado en: Octubre de 2010.

GONZÁLEZ, Martha. Historia Natural de la Enfermedad. Neuquén, Argentina. Abril de 1999. [en línea]. Disponible en Internet en: <http://aps1.110mb.com/Historia%20Natural.pdf>. Consultado en: Septiembre de 2010.

LÓPEZ PORTILLO, Armando; BAUTISTA VIDAL, Rosa C.; ROSALES VELÁSQUEZ, Otilia, et al. Control clínico posterior a sesiones grupales en

pacientes con diabetes e hipertensión. Revista Médica Instituto Mexicano de Seguro Social. 2007. Vol. 45. N^o. 1. p. 29-36. [en línea]. Disponible en Internet en: http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev_med/pdf/gra_art/A92.pdf. Consultado en: Julio de 2010.

MARIN VILLADA, Alba Lucía. Metodología de la investigación. Métodos y Estrategias de Investigación. Clasificación de la investigación. [en línea] Disponible en internet en: <http://metinvestigacion.wordpress.com/>. Consultado en: Noviembre de 2010.

MESA GARCÍA, Andrés; MOURIÑO GARCÍA, Alina; VÁSQUEZ TRIGO, José Manuel. La escuela para hipertensos como nueva modalidad de tratamiento. Revistas Medisan. 2000. Vol. 4. N^o 3. p. 16-21. [en línea] Disponible en Internet en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol4_3_00/san04300.pdf. Consultado en: Octubre de 2010.

Ministerio de la Protección Social. República De Colombia. Resolución N^o 412 de 2000, febrero 25: ...Por la cual se 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. 2008.

Ministerio de Salud. Republica De Colombia. Acuerdo 117 de 1998, Diciembre 29 ... Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública. 1998.

-----. Resolución 8430 de 1993, Marzo: ... Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. 1993.

MORENO, Mónica; CONTRERAS R., Daniela; MARTÍNEZ S., Natalia; et al. Evaluación del efecto de una intervención cognitivo conductual sobre los niveles de presión arterial en adultos mayores hipertensos bajo tratamiento médico. En: Revista Médica de Chile [en línea]. 2006 Vol. 134. N^o 4. p. 433-440. Disponible en Internet en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872006000400005&script=sci_arttext. Consultado en: Noviembre de 2010.

MORGADO BODE, Yara; CONCEPCIÓN PACHECO, José Alejandro, MONTERO RODRÍGUEZ, Llamilka. Programa educativo para la incorporación de hipertensos de la tercera edad a la práctica de ejercicios físicos. Área Norte 2007. En: Revista Electrónica Infociencia [en línea], 2007. Disponible en Internet en: [http://www.magon.cu/infociencia/Art%C3%ADculos/2008/Art.Vol.12-\(3\)-2008/programa%20educativo515.pdf](http://www.magon.cu/infociencia/Art%C3%ADculos/2008/Art.Vol.12-(3)-2008/programa%20educativo515.pdf). Consultado en: Noviembre de 2010.

OMS – OPS. Chile. Enfermedades cardiovasculares en el mundo. [en línea]. Disponible en Internet en: http://new.paho.org/chi/index.php?option=com_content&task=view&id=172&Itemid=259. Consultado en: Septiembre de 2010.

------. Prevención y control de enfermedades. Carmen: Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles. Colombia. [en línea]. Disponible en Internet en: <http://www.col.ops-oms.org/prevencion/carmen.asp>. Consultado en: Septiembre de 2010.

------. Proyecto De Plan Estratégico 2008-2012. 140ª Sesión del Comité Ejecutivo.

OREM, Dorothea. Nursing. En: concepts of practice. 5 ed. 1995. Citado por: TOMEY, Marrimer A. y ALLIGUD, M. Modelos y teorías de enfermería. Madrid, España. 2005. p. 191.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - OMS. Declaración de Alma ata. [en línea]. Disponible en Internet en: http://www.Paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm. Identificado en 8/08/2006. p. 153-157. Consultado en: Septiembre de 2010.

------. Glosario de términos. Ginebra, Suiza. 1998. [en línea]. Disponible en Internet en: http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf. Consultado en: Septiembre de 2010.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - OPS. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. [en línea]. Disponible en Internet en: <http://www.Paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/OttawaCharterSp.pdf>. Consultado en: Septiembre de 210.

ORJUELA, Olga Lucia; ALMONACID C., Carmen y CHALA, María del Socorro. Educación para la salud: programas preventivos. Bogotá, Colombia. Ed. Manual Moderno. 2007. p. 447.

PENDER, Nola. Health promotion. En: Nursing Practice. 3 Ed. 1996. Citado por: TOMEY, Marrimer A. y ALLIGUD M. Modelos y teorías de enfermería. Madrid, 2005. P. 630,631.

PEREDO, R. P.; GÓMEZ, L. V. M; SÁNCHEZ, N. H. R., et al. Impacto de una estrategia educativa activa participativa en el control de la hipertensión arterial. Revista Médica del IMSS. 2005. Vol. 43. No. 2. p. 125-129. [en línea]. Disponible en Internet en: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-imss/e-im2005/e-im05-2/em-im052e.htm>. Consultado en: Julio de 2010.

REDONDO ESCALANTE, Patricia. Curso de gestión local de salud para técnicos del primer nivel de atención. Introducción a la educación para la salud [en línea].

Costa Rica. 2004. Disponible en Internet en: <http://www.cendeisss.sa.cr/cursos/quinta.pdf>. Consultado en: Octubre de 2010.
Revista Colombiana de Cardiología. Guías colombianas para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Medellín. Febrero de 2007. Vol. 13. Suplemento 1.

RODRÍGUEZ GARCÍA, Yarmein; OLIVA DÍAZ, Juan Ariel; GIL HERNÁNDEZ, Arletty et al. Intervención educativa sobre hipertensión arterial en pacientes geriátricos. En: Revista Archivo Médico Camagüey [en línea]. 2008. Vol. 12, N° 4 Disponible en Internet en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v12n4/amc09408.pdf>. Consultado en: Octubre de 2010.

RODRÍGUEZ MARTÍN, Carmela, et al. Eficacia de una intervención educativa grupal sobre cambios en los estilos de vida en hipertensos en atención primaria: un ensayo clínico aleatorio. Revista Española de Salud Pública 2009. Vol. 83, N° 3. p. 441-452. [en línea]. Disponible en Internet en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272009000300009&script=sci_abstract. Consultado en: Noviembre de 2010.

SANHUEZA, Sergio y MASCAYANO, Marcela. Impacto del ejercicio en el adulto mayor hipertenso [en línea]. En: Revista Hospital Clínico Universidad Chile]. 2006. Vol. 17. N° 2. p. 111-128. Disponible en Internet en: http://www.redclinica.cl/HospitalClinicoWebNeo/Controls/Neochannels/Neo_CH6258/deploy/impacto_ejerc.pdf. Consultado en: Octubre de 2010.

SENA. Biblioteca Luis Ángel Arango. Biblioteca Virtual. El Frelógrafo y sus Ayudas. [en línea]. Bogotá, D. C. Mayo de 2007 Disponible en Internet en: <http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/ciencias/sena/cursos-de-capacitacion/audio/audio12a.htm>. Consultado en: Octubre de 2010.

SEXAGÉSIMA TERCERA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. En: Resoluciones adoptadas. (Mayo 17-21 de 2010, Ginebra, Suiza. [en línea]. Disponible en Internet en: www.who.int/mediacentre/events/2010/wha63/.../index.html. Consultado en: Septiembre de 2019.

TAYLOR, Geden; REMPENNING, K.; GEDEN, E.; NEWMAN, B. y Hart, M. A theory of dependent care. En: Nursing Science Quarterly. 1996. Citado por: TOMEY, Marrimer A. y Alligud M. Modelos y teorías de enfermería. Madrid, España. 2005. p. 196-196.

Universidad de la Salle. Colombia. Modalidades de grado. Investigación documental [En línea]. Disponible en Internet en: <http://ceys.lasalle.edu.co/index.php/programa-de-trabajo-social/modalidades-de-grado.html?start=4>. Consultado en: Octubre de 2010.

ANEXOS



ANEXO 1. LOCALIZACIÓN DE RESÚMENES

N° REGISTRO	TITULO	AUTORES	CIUDAD FECHA DE PUBLICACIÓN FUENTE	RESUMEN
1	Perspectiva de las personas con enfermedades crónicas las intervenciones educativas en una institución sanitaria de México	Elizabeth Alcántara Hernández, Luz María Tejada Tamayas, Francisco mercado Martínez, Norma Lara Flórez, Adelita Flores Sánchez.	Guadalajara México, Diciembre de 2004. Bireme	Estudio cualitativo multicéntrico en tres ciudades de México, presenta la perspectiva de las personas con enfermedades crónicas incluyendo, la hipertensión arterial, sobre intervenciones educativas. Los hallazgos muestran que, la mirada de los enfermos difiere de los resultados obtenidos en estudios tradicionales., las personas que acuden a grupos de autoayuda, perciben efectos positivos y establecen relaciones favorables con los profesionales de la salud particularmente con los médicos, en cambio quienes participan en actividades educativas, en forma individual cuando asisten a la consulta médica, consideran dichas intervenciones educativas parte del tratamiento médico y mantienen una relación distante con el equipo de salud. Se concluye con respecto a las estrategias educativas que la plática es la más utilizada para brindar información pero los participantes refieren que poco aparecen los resultados que impacten parámetros clínicos y de laboratorio que den cuenta de los beneficios biológicos en el control de su enfermedad, además sugieren que el personal de salud sea más respetuoso y cordiales, y se incluyan actividades fuera del aula como actividad física bailes etc. Se requieren más estudios para explorar el punto de vista de los enfermos crónicos sobre la educación para la salud.



<p>2</p>	<p>Intervención educativa sobre hipertensión arterial en pacientes geriátricos.</p>	<p>Dr. Yarmeín Rodríguez García; Dr. Juan Ariel Oliva Díaz; Lic. Arletty Gil Hernández; Dr. Rodolfo Hernández Riera.</p>	<p>Cuba 27 de Mayo de 2008. Scielo</p>	<p>El objetivo del estudio fue elevar el nivel de conocimientos sobre hipertensión arterial, en un grupo de pacientes geriátricos , el diseño fue epidemiológico descriptivo , y se realizo en el local N. 40 del Policlínico Joaquín de Agüero y Agüero entre Noviembre de 2005 y mayo de 2007, el universo estuvo constituido por 70 adultos mayores , la muestra se conformó por 55 de ellos a los cuales se les aplico una encuesta para identificar las necesidades de aprendizaje sobre hipertensión arterial , luego se implementa el programa educativo y finalmente se evalúa, los resultados muestran que al inicio el nivel de conocimientos estaba regular en el 49.1%, de los pacientes y mal en el 43.3 % , se lograron revertir estos resultados en el segundo corte, donde el 81.1% alcanza la calificación de bien. Se evidencio la utilidad de las intervenciones educativas con el propósito de incrementar los conocimientos de los adultos mayores en relación al tratamiento no farmacológico de la HTA.</p>
<p>3</p>	<p>Programa educativo para la incorporación de hipertensos de la tercera edad a la práctica de ejercicios físicos</p>	<p>Yara Lydia Morgado Bode, José Alejandro Concepción Pacheco, LLamilka Montero Rodríguez.</p>	<p>Cuba año 2008 Google académico</p>	<p>El estudio tuvo como fin diseñar un programa educativo para incorporar a hipertensos de la tercera edad a la práctica de ejercicios físicos en el área de Salud Norte en la ciudad de Sancti –Spiritus, durante el periodo 2006 2007 a partir de una intervención educativa. El estudio consto de dos etapas: Una descriptiva para identificar las características y procesos cognitivos de los pacientes hipertensos además de los recursos humanos y materiales existentes en el área y la otra se desarrollo en función del diseño del programa implementando la intervención educativa, la población la integraron 2619 hipertensos (adultos mayores) del área urbana del cual se selecciono una muestra de 176 las técnicas utilizadas fueron la revisión documental y la entrevista, esta última se baso en el modelo de “creencias en salud” , se comprobó que la mayoría de ellos son sedentarios llevan más de 10 años de evolución de su</p>



				enfermedad y desconocen la importancia del ejercicio físico , refiriendo múltiples barreras , se concluye que es necesario mejorar el material humano, la coordinación y estrategia en función de incorporar a los hipertensos de la tercera edad a la práctica de ejercicios físicos.
4	Eficacia de una intervención educativa grupal sobre cambios en los estilos de vida en hipertensos en atención primaria: un ensayo clínico aleatorio.	Carmela Rodríguez Martín, Carmen Castaño Sánchez, Luis García Ortiz, José Ignacio Recio Rodríguez, Yolanda Castaño Sánchez y Manuel Ángel Gómez	España Junio de 2009. Scielo	El objetivo fue evaluar a medio plazo una estrategia educativa grupal, en la modificación de los estilos de vida, el control de los factores de riesgo y el riesgo cardiovascular en personas con hipertensión arterial, el método fue un ensayo clínico aleatorio en Atención Primaria. Se seleccionaron por muestreo aleatorio 101 personas hipertensas de 35 a 74 años, randomizando 51 al grupo de intervención (GI) y 50 al control (GC). Se realizó una evaluación basal, una intervención educativa grupal sobre cambios de estilos de vida (seis sesiones durante un año) y una evaluación final. El efecto de la intervención se evaluó con RCV (Framingham), presión arterial (PA), perfil lipídico, perímetro de cintura, índice de masa corporal (IMC), consumo de nutrientes con encuesta validada, ejercicio físico con 7-PAR Day y calidad de vida con SF-36. Los resultados muestran mayor descenso del riesgo cardiovascular en el grupo de intervención, sin existir diferencias estadísticamente significativas en los parámetros evaluados entre ambos grupos.
5	Efecto hipotensor de la educación en hipertensos mayores de 65 años.	Díaz Seonae, C. Galarza, S. Figar, E. Petrlik, L. Hornstein, G. Rodríguez L, G. Waisman, M. Rada, E.R. Soriano, F. González B. de	Argentina Mayo de 2005. Google académico	El objetivo fue comparar el resultado hipotensor de dos modelos educativos durante tres meses, por monitoreo ambulatorio de 24 horas (MAPA) en mayores de 65 años. Los dos modelos se basan en la Información y el Cumplimiento (IC) y otro en la Empatía y la Motivación (EM), este último tiene como objetivo desarrollar el auto cuidado por parte del paciente, el diseño del estudio fue un ensayo clínico controlado, randomizado, pragmático a simple ciego. La población pacientes afiliados al Hospital Italiano de



		Quirós		Buenos Aires mayores de 65 años, pertenecientes al consulado de Italia, hipertensos (>140/90), con un bajo nivel socioeconómico y educativo, sin demencia, que puedan movilizarse por sus propios medios, que no hayan cambiado su tratamiento hipotensor durante el ensayo y que aceptaron libremente participar en el mismo. En cada grupo se realizaron cuatro talleres educativos grupales dictados por especialistas en hipertensión integrados por un máximo de 10 personas y de dos horas de duración. Los talleres se dictaron en forma simultánea. Los resultados muestran que la educación EM se asoció con significancia estadística al mayor grado de control de la presión luego de ajustarse por otras variables.
6	Evaluación del efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre los niveles de presión arterial en adultos mayores hipertensos bajo tratamiento médico	Mónica Moreno B, Daniela Contreras R, Natalia Martínez S, Patricia Araya G, Pablo Livacic Rojas, Pablo Vera-Villarroel.	Santiago de Chile 2006. Lilacs.	El objetivo del estudio fue diseñar una breve intervención psicológica en pacientes hipertensos con un ensayo clínico, y evaluar sus efectos sobre la presión arterial. La población fue 38 pacientes hipertensos fueron escogidos al azar en un grupo control y uno experimental, el grupo experimental asistió a 8 sesiones de una intervención cognitivo conductual con una duración de dos horas cada una durante un mes, en cada sesión los sujetos fueron entrenados en técnicas de relajación y psi coeducación, el principal resultado evaluado fue el cambio en los niveles de la presión arterial. En el grupo experimental se observó una reducción significativa de la presión sistólica y diastólica desde el inicio hasta el segundo momento de la evaluación. Se concluye que la intervención psicológica utilizada en el estudio logró reducciones significativas en los niveles de presión arterial.



7	Efectos inmediatos del entrenamiento en relajación muscular progresiva sobre índices cardiovasculares.	Ana González e Isaac Amigo.	España año 2000 Scielo.	<p>El objetivo es examinar por medio de un ensayo clínico las reducciones de presión arterial (PA) y frecuencia cardíaca (FC) que es posible conseguir, sesión a sesión, con la aplicación de la relajación muscular progresiva (RMP), así como el mínimo número de sesiones necesario para provocar descensos sostenidos de PA. El artículo se interesa en descubrir la sesión a partir de la cual los descensos que se producen ya no son significativos y la duración del entrenamiento en relajación necesaria para mantener tales descensos. Treinta sujetos con hipertensión (HTA) esencial fueron asignados al azar a una de dos condiciones de tratamiento: grupo de RMP y grupo placebo (PLB). Todos los sujetos acudieron a la consulta una vez por semana durante ocho semanas, registrándose PA y FC antes y después de cada intervención. Se efectuó análisis multivariable de medidas repetidas a fin de observar lo sucedido entre los grupos a través del tiempo y en las diferentes sesiones de evaluación de las variables a estudio. Los resultados indican que, a diferencia del grupo PLB, la RMP provoca, de forma inmediata, descensos de PA y FC hasta niveles situados en el rango de la norma tensión, y que la duración mínima del entrenamiento necesario para conseguir y mantener tales beneficios cardiovasculares se sitúa a partir de la quinta sesión de intervención.</p>
---	--	-----------------------------	----------------------------	--



<p>8</p>	<p>Impacto del ejercicio en el adulto Mayor hipertenso</p>	<p>Sergio Sanhueza V, Marcela Mascayano M</p>	<p>Chile 2006 Lilacs</p>	<p>El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto de un programa de ejercicios aeróbico submáximo sobre las cifras tensionales, en una muestra de adultos mayores hipertensos. El método utilizado fue un ensayo clínico randomizado controlado simple ciego. Ingresan 39 voluntarios quedando 18 pacientes en el grupo intervenido (GE) y 19 pacientes en el grupo control (GC). El GE ingresa a un protocolo de ejercicios aeróbicos de 10 semanas. El GC continúa con un programa habitual. Se efectuaron mediciones de presión arterial (PA) al comienzo y al final del programa en ambos grupos. Los resultados muestran en el análisis pre y post test de las cifras de PA de cada grupo por separado, sólo el GE obtuvo una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$). Se concluye que los resultados de este estudio reforzarían el hecho de que el ejercicio es una herramienta coadyuvante efectiva y segura en el tratamiento de la HTA en adultos mayores.</p>
<p>9</p>	<p>Control clínico posterior a sesiones grupales en pacientes con diabetes e hipertensión.</p>	<p>Armando López Portillo, Rosa Carmina Bautista Vidal, Otilia F. Rosales Velásquez, Lucía Galicia Herrera, Juan Sergio Rivera y Escamilla.</p>	<p>México 2007 Google académico</p>	<p>El objetivo fue analizar las limitaciones y alcances de seis sesiones grupales en pacientes con diabetes e hipertensión, con un estudio cuasi experimental se evaluó control clínico posterior a la estrategia educativa. Se incluyeron pacientes incorporados a un grupo de ayuda durante el año 2003; fueron distribuidos en dos grupos: A recibió la intervención completa; B, abandonó la estrategia antes de la segunda sesión. Se concluye que la mejoría en el control clínico se debió a la intervención educativa, porque favoreció la habilidad para la toma de decisiones ante situaciones problemáticas reales, la reflexión sobre las vivencias, la aproximación a hábitos más saludables y la mayor seguridad en el control de la diabetes e hipertensión.</p>



<p>10</p>	<p>Impacto de una estrategia educativa activa participativa en el control de la hipertensión arterial</p>	<p>Pedro Peredo Rosado, Víctor Manuel Gómez López, Héctor Rafael Sánchez Nuncio, Arturo Navarrete Sánchez, Martha Elena García Ruiz</p>	<p>México 2005 SciELO</p>	<p>El objetivo del estudio fue evaluar la eficacia de una intervención educativa activa participativa sobre la presión arterial media, índice de masa corporal y nivel de conocimientos en HTA el estudio es de tipo cuasi experimental. Se realizó una intervención educativa activa participativa cuatro horas diarias durante cinco días por bimestre en tres ocasiones, se trataron temas relacionados con la hipertensión arterial en pacientes hipertensos no controlados, se incluyeron 48 pacientes con hipertensión arterial leve y moderada, con edades entre 25 y 60 años. Se excluyeron pacientes con evidencia de lesión severa en algún órgano blanco o complicaciones crónicas. El impacto de la intervención educativa se evaluó con base en la ganancia del grado de conocimientos, mejoramiento del peso (IMC), presión arterial media respecto al inicio, dos, cuatro, y seis meses después de la estrategia educativa. Para el análisis de los resultados se utilizó estadística descriptiva. Los resultados evidenciaron incremento en los conocimientos en la población estudiada y disminución del IMC posterior a la intervención educativa. Tanto el peso como la presión arterial mostraron diferencias estadísticamente significativas en su disminución respecto a las mediciones iniciales se concluye que la estrategia educativa activa participativa es útil en el control de la presión arterial media e IMC en los pacientes hipertensos.</p>
<p>11</p>	<p>Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: Efectividad de un programa de</p>	<p>Lyda Holguin, Diego Correa, Marcela Arrivillaga, Delcy Caceres, María Varela.</p>	<p>Bogotá Diciembre de 2006. Biblos Universidad Javeriana.</p>	<p>La investigación tuvo como objetivo determinar la efectividad de un programa de intervención biopsicosocial para reducir niveles de presión arterial y mejorar la adherencia al tratamiento de personas con diagnóstico de hipertensión arterial. El estudio fue cuasi-experimental, diseño intra e intergrupo, pre-post intervención. La muestra estuvo conformada por 44 participantes, con ausencia de otra</p>



	intervención biopsicosocial.			enfermedad crónica y/o de trastorno psiquiátrico diagnosticado, atendidos en una Institución de Salud de la ciudad de Cali, Colombia. Los niveles de presión arterial sistólica y diastólica fueron medidos pre-post intervención por el personal de salud. Se encontró una disminución estadísticamente significativa en la PAS, la PAD no presentó cambios pero se mantuvo en niveles controlados. En adherencia al tratamiento los cambios post-intervención fueron estadísticamente significativos
12	La escuela para hipertensos como nueva modalidad de tratamiento.	Andrés Mesa García, Alina María Mouriño Rodríguez, José Manuel Vásquez Trigo.	Cuba año 2000 Bireme.	Se realizó un estudio cuasi experimental de intervención educativa en 80 pacientes diagnosticados como hipertensos, pertenecientes al Policlínico Docente 30 de Noviembre de Santiago de Cuba, con el fin de evaluar la escuela para hipertensos como modalidad de tratamiento durante 1996. La intervención incluye autorrelajación, terapia musical combinada con colores (musicoterapia-cromoterapia) y dinámica o discusión grupal. Entre los hallazgos generales sobresalieron que la hipertensión arterial predominó en las mujeres entre la quinta y sexta décadas de la vida, con bajo nivel de escolaridad, amas de casa con el antecedente familiar de la enfermedad, sintomáticas y en el estadio 1 de la afección, así como también que la obesidad y la hiperlipidemia se asociaron más comúnmente al proceso. Con las técnicas grupales aplicadas se modificaron sustancialmente los hábitos tóxicos, el tratamiento y su cumplimiento, la frecuencia con que los pacientes acudían al médico y el nivel de conocimiento sobre la HTA pero no fue así con respecto a su estado nutricional.



ANEXO 2. FICHA DESCRIPTIVA. ESTRUCTURA DE LOS ARTÍCULOS

NUMERO DE REGISTRO: _____

IDENTIFICACIÓN	INTRODUCCIÓN	MATERIALES Y MÉTODOS	RESULTADOS	DISCUSIÓN	BIBLIOGRAFÍA

ANEXO 3. PLANTILLA PARA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA



LECTURA CRÍTICA*

***Adaptado siguiendo el modelo de las plantillas CASPE, desarrollado por el equipo de CASP, en Oxford (Critical Appraisal Skills Programme: Programa de habilidades en lectura crítica) y adaptado por el equipo CASP en Español. Los criterios de evaluación se establecieron según las recomendaciones dadas por; Marin Villada en métodos y estrategias de la investigación⁴⁸.**

NUMERO DE REGISTRO.

<p>IDENTIFICACIÓN DEL ARTICULO Y RESUMEN</p>	
--	--

¿SON LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO VALIDOS?

⁴⁸ MARIN VILLADA, Alba Lucía. Metodología de la investigación. Métodos y Estrategias de Investigación. Clasificación de la investigación. [en línea] Disponible en internet en: <http://metinvestigacion.wordpress.com/>. Consultado en: Noviembre de 2010.

Preguntas de eliminación.

<p>1 - ¿El estudio se centra en un tema claramente definido?</p> <p>PISTA: Un tema debe ser definido en términos de:</p> <ul style="list-style-type: none">- La población de estudio- La intervención realizada	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>JUSTIFICACIÓN</p>
<p>2- ¿El estudio se refiere a un suceso complejo que trata de ser descrito en su totalidad y en su medio natural?</p> <p>PISTA: Los sucesos descritos se caracterizan por.</p> <ul style="list-style-type: none">- Hay categorías de análisis concretas y específicas.- Se estudia la realidad en su contexto natural, tal como sucede.- Se interpretan los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para la vida personas implicadas.	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>JUSTIFICACIÓN</p>

¿Merece la pena continuar?

Preguntas detalladas

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA EN SALUD COLECTIVA**

<p>3- ¿Crees que se utilizó la técnica adecuada para la investigación?</p> <p>PISTA : Considerar</p> <ul style="list-style-type: none">- Observación participante- Entrevista a profundidad- Grupos focales	<p><input type="checkbox"/> SI</p> <p><input type="checkbox"/> NO SÉ</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p>JUSTIFICACIÓN</p>
<p>4-¿Se plantea en el estudio la reconstrucción de las vivencias y sentidos asociados a ciertas instancias sociales, objeto o fenómeno determinado?</p>	<p><input type="checkbox"/> SI</p> <p><input type="checkbox"/> NO SÉ</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p>JUSTIFICACIÓN</p>

ANÁLISIS Y RESULTADOS DEL ESTUDIO

<p>5-¿Crees que el análisis de los datos está acorde con el tipo de diseño?</p> <p>PISTA: Considerar</p> <p>Es apropiado el análisis para su diseño. En el caso del análisis cualitativo la aproximación metodológica permite conservar el lenguaje original de los sujetos, indagar su definición de la situación, la visión que tiene de su propia historia y de los condicionamientos estructurales.</p>	<p><input type="checkbox"/> SI</p> <p><input type="checkbox"/> NO SÉ</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p>JUSTIFICACIÓN</p>
---	--

Aplicación de los resultados en tu medio

<p>7- ¿Crees en los resultados?</p> <p>PISTA:</p> <p>El diseño del estudio permite veracidad en los resultados dada por el uso de varias estrategias al estudiar el fenómeno (entrevistas individuales, grupos focales o talleres investigativos, otros).</p> <p>La Triangulación de investigadores y la observación del fenómeno son llevadas a cabo por diferentes personas, preferiblemente de diferentes disciplinas.</p> <p>Aplicabilidad de los resultados: La descripción de la metodología utilizada en el estudio permite al lector sacar sus propias conclusiones y determinar en qué grado son aplicables a su práctica, es decir ofrece una visión general del fenómeno humano estudiado.</p> <p>Los resultados pueden ser útiles para desarrollar futuras intervenciones y/o investigaciones.</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>JUSTIFICACIÓN</p>
---	--

**ANEXO 4. PLANTILLA PARA ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS-
DESCRIPTIVOS**



LECTURA CRÍTICA*

***Adaptado siguiendo el modelo de las plantillas CASPE, desarrollado por el equipo de CASP, en Oxford (Critical Appraisal Skills Programme: Programa de habilidades en lectura crítica) y adaptado por el equipo CASP en Español. Los criterios de evaluación se establecieron según las recomendaciones dadas por; Gil Maritza. Tipos de investigación⁴⁹**

NUMERO DE REGISTRO.

<p>IDENTIFICACIÓN DEL ARTICULO Y RESUMEN</p>	
---	--

⁴⁹ GIL, Maritza. Investigación descriptiva. En: Tipos de investigación (en línea) (citado el 2 de octubre de 2010). Disponible en <http://www.ucla.edu.ve/dmedicin/departamentos/medicinapreventivasocial/SEB/investigacion/tiposi nvestigacion.pdf>.

¿SON LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO VALIDOS?

Preguntas de eliminación.

<p>1 - ¿El estudio se centra en un tema claramente definido?</p> <p>PISTA: Un tema puede ser definido en términos de :</p> <ul style="list-style-type: none">- La población de estudio- La intervención realizada	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>JUSTIFICACIÓN</p>
<p>2- ¿El investigador tiene como propósito describir alguna situación o un evento?</p> <p>PISTA: Describe Como es y se manifiesta determinado fenómeno. Especifica propiedades importantes de personas grupos o comunidades que sean sometidos a un análisis. Miden o evalúan diferentes aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno.</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>JUSTIFICACIÓN</p>

¿Merece la pena continuar?

Preguntas de detalle

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA EN SALUD COLECTIVA**

<p>3- El autor delimita los hechos que conforman el problema de investigación, como:</p> <p>PISTA:</p> <ul style="list-style-type: none">• Establecer las características demográficas de las unidades investigadas (número de población, distribución por edades, nivel de educación, etc.).• Identificar formas de conducta, actitudes de las personas que se encuentran en el universo de investigación (comportamientos sociales, preferencias, etc.).• Descubrir y comprobar la posible asociación entre las variables.	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>JUSTIFICACIÓN</p>
<p>4- ¿El autor utiliza las técnicas adecuadas para la recolección de la investigación?</p> <p>PISTA:</p> <p>El autor acude a técnicas específicas en la recolección de información, como la observación, las entrevistas y los cuestionarios acordes con el objetivo del fenómeno.</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>JUSTIFICACIÓN</p>

Análisis y resultados del estudio

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA EN SALUD COLECTIVA

<p>5- ¿Cuáles son los resultados de este estudio?</p> <p>PISTA:</p> <p>La información es sometida a un proceso de codificación, tabulación y análisis estadístico de acuerdo con el nivel de medición de las variables del estudio.</p> <p>Puede concluir con hipótesis de trabajo formuladas a partir de las conclusiones a que pueda llegarse por la información obtenida.</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>JUSTIFICACIÓN</p>
<p>6- ¿Crees en los resultados?</p> <p>PISTA:</p> <ul style="list-style-type: none">• El diseño del estudio permite veracidad en los resultados. Validez interna coherencia del instrumento y el fenómeno, y validez externa, posibilidad de aplicar el mismo proceso metodológico en otras condiciones de persona tiempo y lugar.• Los datos son confiables. Se expresan las técnicas de repetitividad y precisión.• Los resultados pueden ser útiles para desarrollar futuras intervenciones y/o investigaciones.	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>JUSTIFICACIÓN</p>

ANEXO 5. PLANTILLA PARA ENSAYOS CLÍNICOS



PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA EN SALUD COLECTIVA

LECTURA CRÍTICA*

*Tomado de forma literal de las plantillas CASPE desarrollado por el equipo de CASP, en Oxford (Critical Appraisal Skills Programme: Programa de habilidades en lectura crítica) y adaptado por el equipo CASP en Español.⁵⁰ Disponibles para uso público.

NUMERO DE REGISTRO.

<p>IDENTIFICACIÓN DEL ARTICULO Y RESUMEN</p>	
--	--

¿SON VALIDOS LOS RESULTADOS DEL ENSAYO?

⁵⁰ CASPE. Critical Appraisal Skills Programme Español. Programa De Lectura Crítica. Entendiendo la evidencia sobre la eficacia clínica. 11 preguntas para entender un ensayo clínico. [en línea] Disponible en internet en: <http://www.redcaspe.org/caspe/lectura-critica/>. Consultado en: Noviembre de 2010.

Preguntas de eliminación

<p>1- ¿se orienta el ensayo una pregunta claramente definida?</p> <p>Una pregunta debe definirse en términos de:</p> <ul style="list-style-type: none">- La población de estudio- La intervención realizada- Los resultados considerados	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>JUSTIFICACIÓN</p>
<p>¿Fue aleatoria la asignación de los pacientes a los tratamientos?</p> <p>- ¿Se mantuvo oculta la secuencia de aleatorización?</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>JUSTIFICACIÓN</p>
<p>3- ¿Fueron adecuadamente considerados hasta el final del estudio todos los pacientes que entraron en él?</p> <p>- ¿El seguimiento fue completo?</p> <p>- ¿Se interrumpió precozmente el estudio?</p> <p>- ¿Se analizaron los pacientes en el grupo al que fueron aleatoriamente asignados?</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>JUSTIFICACIÓN</p>

¿Merece la pena continuar?

Preguntas de detalle.

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA EN SALUD COLECTIVA**

<p>4-¿Se mantuvieron ciegos al tratamiento los pacientes, los clínicos y el personal del estudio?</p> <p>- Los pacientes. - Los clínicos. - El personal del estudio.</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>JUSTIFICACIÓN</p>
<p>5- Fueron similares los grupos al comienzo del ensayo?</p> <p>En términos de otros factores que pudieran tener efecto sobre el resultado: edad, sexo, etc.</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>JUSTIFICACIÓN</p>

<p>6-¿Al margen de la intervención en estudio los grupos fueron tratados de igual modo?</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>JUSTIFICACIÓN</p>
---	--

¿CUALES SON LOS RESULTADOS?

<p>7 ¿Es muy grande el efecto del tratamiento?</p> <p>¿Qué resultados se midieron?</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>JUSTIFICACIÓN</p>
--	--

<p>8 ¿Cuál es la precisión de este efecto?</p> <p>¿Cuáles son sus intervalos de confianza?</p>	
---	--

¿PUEDEN AYUDARNOS ESTOS RESULTADOS?

<p>9- ¿Pueden aplicarse estos resultados en tu medio o población local?</p> <p>¿Crees que los pacientes incluidos en el ensayo son suficientemente parecidos a tus pacientes?</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>JUSTIFICACIÓN</p>
---	---

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA EN SALUD COLECTIVA**

<p>10-¿Se tuvieron en cuenta todos los resultados de importancia clínica?</p> <p>En caso negativo, ¿en qué afecta eso a la decisión a tomar?</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>JUSTIFICACIÓN</p>
<p>11-¿Los beneficios a obtener justifican los riesgos y los costos?</p> <p>Es improbable que pueda deducirse del ensayo pero, ¿qué piensas tú al respecto?</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>JUSTIFICACIÓN</p>

ANEXO 6. PLANTILLA PARA ESTUDIOS CUASI – EXPERIMENTALES



LECTURA CRÍTICA*

***Adaptado siguiendo el modelo de las plantillas CASPE, desarrollado por el equipo de CASP, en Oxford (Critical Appraisal Skills Programme: Programa de habilidades en lectura crítica) y adaptado por el equipo CASP en Español. Los criterios de evaluación se establecieron según las recomendaciones dadas por; Briones, Guillermo. En metodología de la investigación cuantitativa en ciencias sociales⁵¹.**

NUMERO DE REGISTRO.

<p>IDENTIFICACIÓN DEL ARTICULO Y RESUMEN</p>	
--	--

⁵¹ BRIONES, Guillermo. Metodología de la investigación cuantitativa en ciencias sociales. Programa de investigación en teorías, métodos y técnicas de investigación social. Diciembre de 2002 [en línea] Disponible en internet en: <http://metodoinvestigacion.files.wordpress.com/2008/02/metodologia-de-la-investigacion-guillermo-briones.pdf>. Consultado en: Noviembre de 2010.

¿SON LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO VALIDOS?

Preguntas de eliminación

<p>1 - ¿El estudio se centra en un tema claramente definido?</p> <p>PISTA: Un tema puede ser definido en términos de :</p> <ul style="list-style-type: none">- La población de estudio- La intervención realizada	<p><input type="checkbox"/> SI</p> <p><input type="checkbox"/> NO SÉ</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p>JUSTIFICACIÓN</p>
<p>2- ¿El estudio se caracteriza por que los grupos sobre los que se lleva a cabo la investigación no han podido establecerse como equivalentes en las características fundamentales?</p>	<p><input type="checkbox"/> SI</p> <p><input type="checkbox"/> NO SÉ</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p>JUSTIFICACIÓN</p>

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA EN SALUD COLECTIVA**

<p>3- Los grupos no han sido asignados al azar, sino que han sido establecidos por algún otro procedimiento de muestreo.</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>JUSTIFICACIÓN</p>
--	--

¿Merece la pena continuar?

Preguntas de detalle

<p>4- ¿Existe una “exposición”, una “respuesta” Y una hipótesis para contrastar, pero no hay aleatorización de los sujetos a los grupos de tratamiento y control, o bien no existe control propiamente dicho?</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>JUSTIFICACIÓN</p>
---	--

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA EN SALUD COLECTIVA**

<p>5- ¿Se observa una investigación antes-después, o pre-post de un solo grupo, o con grupo de control no equivalente?</p> <p>PISTA: Las comparaciones en la respuesta de los sujetos se realizan entre grupos “No equivalentes”, es decir grupos que se pueden diferenciar en muchos otros aspectos además de la exposición.</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>JUSTIFICACIÓN</p>
<p>6-¿Busca el estudio relaciones causales entre variables?</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>JUSTIFICACIÓN</p>

Análisis y resultados del estudio

<p>7- ¿Cuáles son los resultados de este estudio?</p> <p>PISTA:</p> <p>Las técnicas estadísticas utilizadas para establecer la relación entre las variables dependientes e independientes.</p>	<p><input type="checkbox"/> SI</p> <p><input type="checkbox"/> NO SÉ</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p>JUSTIFICACIÓN</p>
<p>6- ¿Crees en los resultados?</p> <p>PISTA:</p> <p>La precisión de la medición y el nivel de confianza.</p>	<p><input type="checkbox"/> SI</p> <p><input type="checkbox"/> NO SÉ</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p>JUSTIFICACIÓN</p>