



FACULTAT DE PSICOLOGIA

Departament de Psicologia Bàsica, Evolutiva i de l'Educació

DOCTORAT EN PSICOLOGIA DE LA COMUNICACIÓ I CANVI

**Efectividad de un Programa de
Intervención en Educación para la Salud:
Aportes desde el Modelo de Pender**

Tesis Doctoral presentada por

John Carreño Salgado



Directores

Dr. Ramon Cladellas Pros. Universitat Autònoma de Barcelona

Dr. Carlos del Valle Rojas. Universidad de la Frontera de Chile

Bellaterra (Barcelona), Septiembre 2015



FACULTAT DE PSICOLOGIA

Departament de Psicologia Bàsica, Evolutiva i de l'Educació

DOCTORAT EN PSICOLOGIA DE LA COMUNICACIÓ I CANVI

**Efectividad de un Programa de
Intervención en Educación para la Salud:
Aportes desde el Modelo de Pender**

Tesis Doctoral presentada por

John Carreño Salgado

Directores

Dr. Ramon Cladellas Pros. Universitat Autònoma de Barcelona

Dr. Carlos del Valle Rojas. Universidad de la Frontera de Chile

Bellaterra (Barcelona), Septiembre 2015

Dedico este trabajo a mis padres Eliana y Gerardo por el cariño que me han brindado.

A mi esposa Cecilia, por su constante apoyo y paciencia.

A mis hijas Camila y Javierita quienes han sido una permanente motivación en mi vida.

No puedo dejar de mencionar a mi nieta Maite, quien está comenzando a vivir su hermosa y tierna vida.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Ramón Cladellas P. de la Universidad Autónoma de Barcelona, por sus oportunas recomendaciones, orientaciones, tiempo, dedicación y dirección en el desarrollo de esta investigación.

Al Dr. Carlos Del Valle R. de la Universidad de la Frontera, quien me ha motivado en el campo de la investigación social, sus aportes han sido valiosos en la formación investigativa y académica.

Al Dr. Antoni Castelló T. de la Universidad Autónoma de Barcelona, por el apoyo brindado al ingresar al programa de Doctorado en Psicología de la Comunicación y Cambio.

Al Departamento de Psicología Básica, Evolutiva y de la Educación por facilitar mi entrada y permanencia en el doctorado.

A la Comisión Académica del programa de Doctorado en Psicología de la Comunicación y Cambio, por haberme acogido en el Programa.

A la memoria de Glenda Concha, quien falleciera mientras realizábamos la investigación y representa a las mujeres chilenas participantes de esta investigación, por su disposición y permanencia en el programa en todos estos años, a todas ellas muchas gracias.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	01
2. DEFINICIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	09
3. ANTECEDENTES	15
4. MARCO EPISTEMOLÓGICO, TEÓRICO Y CONCEPTUAL	19
4.1 Modelos de Psicología de la Motivación	20
4.2 Las Políticas de salud de la OMS	39
4.3 OMS, Educación y Estilo de Vida	40
4.4 La Comunicación para la Salud	41
4.5 El Rol del Apoyo Social	43
4.6 Estilo de Vida Promotor de Salud (EVPS)	45
5. OBJETIVOS	49
5.1 Objetivo General	50
5.2 Objetivos Específicos	50
5.3 Hipótesis	50
6. METODOLOGÍA	51
6.1 Estudio de la Comunidad: Antecedentes demográficos	52
6.2 Diseño del Estudio	52
6.3 Población y Selección de la Muestra	53
6.4 Estudios Efectuados el año 2002	55
6.5 Estudios Efectuados el año 2010	59
7. DISEÑO CUALITATIVO	61
7.1 Objetivos de la Técnica de Análisis Argumentativo	63
7.2 Diseño de la Entrevista En Profundidad (EEP)	64
7.3 Fichas Temáticas para Aplicar la EEP	68
7.4 Selección de los Participantes de la EEP	73
7.5 Prueba Piloto	74
7.6 Validación del Instrumento EEP	74
7.7 Trabajo de Campo	75
8. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	79
8.1 Análisis Cuantitativo	80

8.2 Análisis Cualitativo	83
8.3 Análisis Cuantitativo y Cualitativo por Participante	85
9. DISCUSIÓN	155
10. CONSIDERACIONES FINALES	163
REFERENCIAS	171
ANEXOS	179

1. INTRODUCCIÓN

Lograr la salud de las poblaciones ha sido preocupación prioritaria en todas las épocas. Para alcanzar este bienestar de tanta relevancia para el desarrollo humano, se han buscado diferentes enfoques, para organizar la atención de salud y lograr el impacto necesario. Inicialmente, se centraban los modelos de atención principalmente en las estrategias para recuperar la salud perdida, y luego se dio mayor relevancia a las estrategias orientadas hacia la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud. La necesidad de variar los enfoques para conseguir y mantener la salud se debe a los cambios demográficos, epidemiológicos, socioeconómicos, de las comunicaciones y las condiciones de vida que han experimentado las poblaciones, para reconocer los factores de riesgo emergentes que han hecho variar las necesidades en salud (Suarez Conejero, Godue, García Gutierrez, Magaña Valladares, Rabionet, & Concha, 2013; OPS, 1996).

El interés por entender lo que motiva a las personas a adoptar o no adoptar comportamientos que mejorarán su calidad de vida ha sido un tema de investigación para muchas disciplinas. Entre las teorías usadas con frecuencia para explicar este proceso se encuentran las relacionadas con los modelos de las etapas del cambio de comportamiento y las teorías de la persuasión, que pueden aplicarse a distintas culturas y a distintos comportamientos relacionados con la salud. La adopción de comportamientos sanos es un proceso en el cual los individuos avanzan, a través de diversas etapas, hasta que el nuevo comportamiento se convierte en parte de la vida diaria. El público destinatario se segmenta para identificar grupos más amplios de personas que comparten valores similares, tienen las mismas creencias o tienen en común otros atributos claves que repercutirán en su atención y en su respuesta a la información sanitaria. Los programas de comunicación para la salud se planifican, se ejecutan y se evalúan después de un proceso sistemático. Un ejemplo de esto es que la División de Promoción y Protección de la Salud de la OPS lo utiliza, con la intención de comprender las percepciones, las creencias, los valores y las prácticas de la población en riesgo, para desarrollar programas de comunicación que atraigan y persuadan al público destinatario a que adopte modos de vida sanos.

La promoción de la salud busca desarrollar tanto el potencial del individuo como de su familia, la comunidad, la sociedad y también del medioambiente, entendiendo éste como las circunstancias físicas, interpersonales y económicas en que se desempeña la persona. Es una aproximación proactiva a la salud que incluye el desarrollo de fuerzas, incremento de recursos y fomento de la resiliencia con el fin de lograr el funcionamiento óptimo del ser humano (Jauregui & Suarez, 1998; Pender, Murdaugh, & Parson, 2001).

Los países han realizado esfuerzos sostenidos para promover dietas y estilos de vida saludables basados en las recomendaciones de la OMS, considerando que “la mayor parte de la evidencia que respalda los efectos beneficiosos y nocivos de alimentos y nutrientes se basa en estudios epidemiológicos observacionales” (Berciana & Ordovás, 2014). En este contexto, los hallazgos de varios autores sugieren la necesidad de implementar más programas educativos enfocados a prevenir enfermedades cardiovasculares, obesidad, diabetes y cáncer, especialmente para aquellos que viven en la pobreza (Aedo M., et al., 2010; Burdine, Chen, Gottlieb, Peterson, & Demetri Vacalis, 1984; Caro S., 2015; Donnelly, Jacobsen, Whatley, Swift, & Cherrington, 1996; FAO/OMS, 1992; Holund, 1990; Reynolds, Franklin, Binkley, Raczynski, Harrington, & Kirk, 2000; Reynolds, Raczynski, Binkley, Franklin, Duvall, & Devane-Hart, 1998).

Para mejorar la calidad de vida de la población, la OMS ha planteado que la promoción de salud es la estrategia fundamental de la atención primaria. Esta estrategia implica la modificación de conductas en las personas: abandonar las que perjudican la salud y adoptar las que la favorecen. Sin embargo, antecedentes teóricos y empíricos confirman que, para que se logre un cambio de conducta, se requiere un proceso cognitivo-perceptual que postula sobre la importancia del proceso cognitivo en la modificación de la conducta. Las personas que conceden gran importancia a su salud es más probable que traten de conservarla. Se entiende por Control de la Salud Percibido a la percepción que el individuo tiene de su propia capacidad para modificar su salud, y por eficiencia percibida a la convicción por parte del individuo

de que su conducta es posible modificarla. La salud, puede ir desde la ausencia de enfermedad hasta un alto nivel de bienestar. El encontrarse bien o encontrarse enfermo en un determinado momento puede determinar la probabilidad de que se inicien conductas promotoras de la salud, lo cual se denomina salud percibida. Se denominan beneficios percibidos, a las conductas que las personas se sienten inclinadas a iniciar o adoptar, como ejemplo una conducta favorecedora de la salud cuando los beneficios son importantes, no podemos desconocer también que existe en algunos casos la creencia de cada persona, que una actividad o conducta es difícil o imposible de conseguir, lo que se clasifica como barrera percibida, para las conductas promotoras de Salud, lo cual puede influir en su propósito. Los factores cognitivo perceptuales destacan que la persona tenga un motivo real para el cambio, de lo contrario, el plan de promoción no obtendrá buenos resultados, a pesar de tener conocimientos sobre el tema (Gonzalez Brauer, Cortés, & Rizo Baeza, 2014).

De esta manera y considerando que la mujer cumple un rol fundamental en las generaciones futuras, específicamente en el desarrollo de valores, actitudes y conductas capaces de reducir situaciones de riesgo que constituirán el estilo de vida de la familia y de la comunidad, ya que de acuerdo a la cultura de la zona, las mujeres están a cargo de la elección y preparación de los alimentos, además del cuidado de los hijos y familia, se realizó en el año 2002 una intervención educativa sanitaria que consistió en aplicar un Programa de Estilo de Vida Promotor de Salud. Este programa estuvo dirigido al auto cuidado en salud, usando el modelo de promoción de salud de Pender, (Pender, Murdaugh, & Parson, 2001) por sus investigaciones desarrolladas en esta área, basados en la Teoría Cognitiva Social de Bandura, (Jauregui & Suarez, 1998) y la teoría de la expectativa de valor (Feather & Davenport, 1982); que le han permitido desarrollar un modelo que permite explicar, predecir y modificar conductas promotoras de salud.

Las conductas promotoras de salud integradas al estilo de vida saludable permiten mejorar la salud, perfeccionar el funcionamiento y generar una mejor calidad de vida en cualquier etapa del desarrollo (Esquivel H., Martínez C., &

Martínez C., 2014; Pender, Murdaugh, & Parson, 2001). Las teorías o los modelos del cambio de comportamiento postulan que la adopción de comportamientos sanos es un proceso en el cual los individuos avanzan, a través de diversas etapas, hasta que el nuevo comportamiento se convierta en parte de la vida diaria.

Los estudios sobre salud de las poblaciones han sido realizados mayormente en los Estados Unidos, Australia y Europa, sin embargo ha habido un creciente interés por saber acerca de la salud de poblaciones en Asia, Latinoamérica y África, y no sabemos que comprensión de la salud tienen las personas de estas zonas. En algunas de estas regiones, las enfermedades más importantes difieren marcadamente de las del mundo industrializado, aun cuando la globalización tiende a disminuir las diferencias entre los estilos de vida. Algunas de estas regiones se ven terriblemente afligidas por el SIDA; pero, con algunas excepciones, la mayoría de las personas todavía mueren a causa de otras enfermedades infecciosas, cáncer o enfermedades del corazón (Smith-Warner et al., 2003).

Como muchas personas de los países en desarrollo aspiran a alcanzar el nivel de vida del mundo desarrollado, caracterizado por una alimentación excesiva y escasa actividad física, el cáncer y las enfermedades cardíacas se convirtieron en los asesinos más importantes que existen en el mundo occidental. En los últimos treinta años, la tasa de mortalidad por enfermedades cardíacas se ha elevado dramáticamente en países económicamente subdesarrollados. Ya a fines de la década de los noventa, estos países daban cuenta de más muertes de este tipo que los países del mundo desarrollado, y se predijo que esta tendencia se incrementará rápidamente (Martín, Cervero, González Rodríguez, Molinero, Magro, & Partearroyo, 2014; Reddy & Yusuf, 1998).

De igual modo, el cáncer es un problema creciente en Asia, África y en otros lugares de los países en vías de desarrollo. Los tipos de cáncer con frecuencia difieren un poco de algunos que generalmente se ven en los países occidentales, pero su impacto en la población no es menos terrible.

Las enfermedades del corazón y los cánceres de mamas, de próstata y de colon son comunes en casi todo el mundo. Los estudios más importantes llevados a cabo en los Estados Unidos han suministrado mucha información útil sobre estas enfermedades, al igual que sobre la longevidad, y no hay razón para creer que los descubrimientos no sean útiles para las poblaciones de otros lugares. El proyecto del genoma humano ha sido particularmente instructivo al demostrar que los diferentes grupos étnicos de seres humanos difieren muy poco en su composición genética, y que casi todas las personas probablemente reaccionarán de modos bastante previsibles ante diferentes estilos de vida.

Un ejemplo de esto es la nutrición de las personas que son vegetarianas, que generalmente se benefician más que los no lo son en su estilo de vida. Debemos recordar que esto puede tener relación o no con la abstención de carne por parte de los vegetarianos. Los vegetarianos también ingieren más frutas, verduras, nueces y sustitutos comerciales de la carne; usan pan integral en vez de pan blanco, margarina en vez de manteca; y tienen muchas menos probabilidades de beber café o alcohol. Es posible que sean estos factores los que estén modificando el riesgo de algunas enfermedades, antes que la ausencia de carnes. Muchas veces, se puede determinar esto mediante un análisis más detallado (Pou, et al., 2014; Singh, Sabaté, & Fraser, 2003)

Los vegetarianos solo padecen cerca de la mitad de enfermedades del corazón en comparación con los no vegetarianos. En realidad, la ventaja vegetariana es mucho mayor en los más jóvenes y de edad media, pero bastante menor en los ancianos. Esto no es una sorpresa, ya que los vegetarianos tienen niveles inferiores de colesterol en sangre y una presión sanguínea más baja, y son menos susceptibles a tener sobrepeso. La evidencia respecto de estos aspectos es muy fuerte, y proviene de una cantidad de diferentes grupos vegetarianos. Los vegetarianos también sufren menos diabetes, probablemente en gran medida debido a su menor peso corporal.

Análisis más detallados sugieren poderosamente que, en el caso de las enfermedades del corazón, es la misma carne, al menos en parte, lo que aumenta el riesgo en los no vegetarianos. Tanto el trabajo de Freser (2003) como el de otros investigadores aclaran muy bien que el consumo de nueces disminuye el riesgo de ataque cardíaco, ya que las nueces disminuyen los niveles del colesterol malo en la sangre (LDL). Los individuos no vegetarianos comen menos nueces, por lo que esto ejerce un efecto adicional en el aumento del riesgo. De igual modo, los no vegetarianos tienen más probabilidades de comer pan blanco que pan integral; y los granos integrales disminuyen el riesgo cardíaco, probablemente debido a la fibra que contienen, al igual que otros químicos que reducen los niveles de colesterol en sangre.

El cáncer de intestino grueso es cerca de un tercio menos frecuente en los vegetarianos que en los no vegetarianos; y el riesgo es mayor con el incremento del consumo de carne. Otros estudios también han sugerido que el consumo de carne aumenta el riesgo de este cáncer. Los que comían más porotos corrían menos riesgos de padecer este cáncer. Como siempre, nuestra confianza en este resultado aumentaría si fuera confirmado por otros buenos estudios. Aun así, como los porotos son excelentes y sabrosas fuentes de fibra y proteína, pueden incluirse fácilmente en una buena dieta, sin que se conozcan riesgos y con la probabilidad de obtener beneficios.

Otro cáncer angustiosamente común en los hombres de muchas partes del mundo es el de próstata. En los Estados Unidos, entre los hombres que tienen 60 años o más y que no se les ha diagnosticado cáncer de próstata, cerca del 15% lo contraerá solo en los siete años siguientes; aunque la mayoría de estos cánceres tendrá un desarrollo lento. Desdichadamente, estos cánceres a veces “se disparan” impredeciblemente y se propagan agresivamente a otras partes del organismo. Es interesante notar que el cáncer de próstata es mucho menos común en Asia. No sabemos cuál de las muchas diferencias de estilo de vida entre las culturas asiáticas y las occidentales puede ser la responsable, pero se ha enfocado la atención en los porotos de soja como un componente común de muchas dietas asiáticas no occidentales. Se sabe que la soja reduce el colesterol en sangre y también contiene

isoflavonoides, que pueden tener efectos sutiles, pero que posiblemente sean útiles para suprimir las células cancerígenas y retardar su desarrollo. De hecho, en los hombres que beben al menos una taza de leche de soja por día, el riesgo de incidencia de cáncer de próstata es solo del 30 al 40% en relación con el de los varones que no la consumen.

Es interesante notar que otro alimento que puede proteger contra el cáncer de próstata es el tomate. Quizá sea porque contiene licopeno, el carotenoide rojo que le otorga color y que también es un antioxidante. Sería muy provechoso contar con mayor evidencia; pero, nuevamente, no hay desventaja en consumir tomates cuando están disponibles, a esto debemos agregar otros factores asociados al estilo de vida, tales como el autocuidado, la autorrealización, el ejercicio físico, el apoyo interpersonal y el manejo del estrés, los cuales muestran un impacto también en la salud humana, lo cual es necesario determinar.

2. DEFINICIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Uno de los grandes desafíos de la salud pública, son las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), ya que son enfermedades de larga duración, lenta progresión, que no se resuelven espontáneamente y que rara vez logran una curación total. A nivel mundial, son responsables del 63% de las muertes equivalente a 38 millones de muertes por año, un 25% de estas en menores de 60 años por lo que la prevención, detección precoz y el tratamiento oportuno de estas patologías es prioritario.

En el grupo de ECNT destacan las enfermedades cardiovasculares (ECV), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes, patologías prevenibles relacionadas a estilos de vida no saludables como tabaquismo, alimentación no saludable, inactividad física y consumo excesivo de alcohol (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>).

En las últimas décadas, la transición demográfica y epidemiológica que ha tenido lugar también en Chile ha estado representada por un considerable aumento de estas ECNT identificadas como, enfermedades coronarias, diabetes, obesidad, hipertensión, apoplejía y cáncer (Delgado Córdova & Peñaloza, 2015; Marin & Wallace, 2002). Siendo al igual que en la mayoría del mundo, la principal causa de muerte. En nuestro país las ECV y los tumores malignos dan cuenta de más de la mitad de las muertes con 27.1% y 25.8% respectivamente en el año 2011 (Departamento de Estadísticas e información de Salud (DEIS) y MINSAL, 2013).

Chile es un país de América, ubicado en el extremo suroeste de América del Sur. Su nombre oficial es República de Chile y su capital es la ciudad de Santiago de Chile. Este país comprende una larga y estrecha franja de tierra que se extiende, mayormente, entre la costa suroriental del océano pacífico y la cordillera de los Andes, limitando al norte con Perú, al este con Bolivia y Argentina, y al sur con el paso Drake. Se encuentra posicionado fundamentalmente en la costa pacífica del Cono Sur, aunque también posee sectores pertenecientes al océano Atlántico en su extremo sudeste. Además, posee territorios insulares en el océano Pacífico, como el

archipiélago Juan Fernández, las islas Desventuradas, la isla Sala y Gómez y la isla de Pascua, las dos últimas ubicadas en la Polinesia, totalizando una superficie de 756.096,3 km².

El índice de desarrollo humano de América latina y el Caribe como región ha pasado del 0.578 de 1980 al 0.706 de la actualidad, por lo que Chile se sitúa por encima de la media regional. (<http://hdr.undp.org/es/>)

De acuerdo al Censo del año 2012, Chile tiene una población total de 16.572.475 habitantes de los cuales 8.059.148 corresponde a hombres y 8.513.327 son mujeres (INE, 2013).

La región de la Araucanía reúne una población total de 913.065 personas, 442.728 hombres y 470.337 mujeres, de la población total el 69,1% corresponde a zona urbana y 30,9% a la zona rural. En esta región se encuentra la comuna de Villarrica, lugar de la intervención educativa y residencia de la población que participa en la investigación, esta comuna tiene una totalidad de 51.511 personas, el 67% reside en la zona urbana y el 33% en la zona rural, la población se divide en 25.205 hombres y 26.306 mujeres (INE, 2013).

La estrategia comunicacional con la cual se implanto e implementó la intervención de educación sanitaria consideró aspectos que explica muy bien el especialista boliviano en comunicación para el desarrollo humano, Carlos Camacho (2002), quien dice que las acciones de planificación de la comunicación para la salud son un aporte al desarrollo humano cuando están adecuadamente diseñadas y ejecutadas, ya que pueden facilitar acciones destinadas a mejorar la calidad de vida de sectores específicos de la población a partir del “descubrimiento” y fortalecimiento de las propias potencialidades de estos.

En primer lugar, este proceso de planificación debe superar su concepción paternalista y difusionista. Estamos acostumbrados a diseñar estrategias desde nuestros escritorios porque asumimos de entrada lo que requiere la gente para

“superar” sus problemas; después de todo, los públicos son un objetivo o blanco de nuestros procesos unidireccionales. En este caso, la comunicación es reducida a un proceso de transmisión de conocimientos a partir del dueño de los conocimientos –o el que maneja y define las relaciones de poder– hacia el que no sabe: generalmente el sujeto popular que debe superar sus prácticas culturales ancestrales para gozar de los beneficios –y, por lo tanto, de la salud– de la modernidad (Camacho, 2002).

Para la intervención educativa efectuada el año 2002 se consideró un diagnóstico comunicacional como punto de partida para encarar nuestras acciones considerando a la población a intervenir, iniciar la estrategia desde la propia gente para llegar a la gente, involucrándolos en el proceso. El diagnóstico debe cumplir la rigurosidad metodológica necesaria para asegurar resultados que permitan el diseño, la ejecución e, inclusive, la evaluación del cumplimiento de los objetivos comunicacionales (Camacho, 2002).

El diagnóstico permitió conocer las características generales y específicas de la audiencia como las redes de comunicación e información, de la imagen y posicionamiento, llegar a determinar sus conocimientos, actitudes, sentimientos, prácticas y expectativas, técnica conocida como CASPE.

Camacho hablando acerca de la importancia del diagnóstico mencionó que también debe permitir un acercamiento profundo de los recursos de comunicación e información con los cuales contamos: instituciones disponibles y creíbles que como aliados estratégicos colaboren en procesos de capacitación, producción y distribución de información y materiales didácticos, movilización de comunicadores en terreno, monitoreo, evaluación de proceso e impacto, etc. Asimismo, este diagnóstico debe dar pautas de posibles opositores de la estrategia a implementarse; para ellos habrá que pensar caminos de involucramiento, convencimiento y, en lo posible, apoyo.

Debemos ser conscientes que la comunicación no puede asegurar la resolución de todos los problemas de salud de la población. Camacho dice que en todo caso, la

comunicación puede facilitar, apoyar, coadyuvar, favorecer, impulsar, en síntesis, crear condiciones que impulsen procesos de cambio o de afirmación cultural. Debemos reconocer también que no todas las prácticas de salud de la población son negativas. Algunas se tendrán que modificar, aquellas que ponen en riesgo la salud y otras, que son promotoras de vida saludable deben ser fortalecidas.

Como la comunicación para la salud busca cambios de comportamiento, en la estrategia comunicacional se consideraron tres enfoques, el sociocultural que permite reconocer al grupo objetivo al cual va dirigida la intervención considerando el contexto y sus propias necesidades, el enfoque de género, ya que se requieren soluciones diferenciadas y el enfoque generacional tomando en cuenta los diferentes grupos etarios y sus procesos de desarrollo (Camacho, 2002). Los logros en cambios de comportamiento, medidos en forma cuantitativa por medio del test de Pender y en forma cualitativa por la información recogida en las EEP considerando los núcleos temáticos procesando los informes en la matriz de análisis argumentativo nos servirán para evaluar la estrategia comunicacional implementada en el Programa Promotor de Vida Saludable (PPVS).

En las familias de la comuna prevalecen enfermedades como la hipertensión arterial, la diabetes, patologías digestivas y el cáncer, principalmente gástrico (MINSAL, 2010).

El programa consideró las conductas que conforman el estilo de vida promotor de salud, de acuerdo a un modelo creado por una enfermera norteamericana de nombre Nola Pender. Esta investigadora creó un instrumento que permite medir “Estilo de Vida Promotor de Salud” (EVPS), el cual tiene seis subáreas, es decir, autorrealización, responsabilidad de salud, ejercicio, nutrición, apoyo interpersonal y manejo de estrés. El estudio determinó el impacto de la intervención educativa realizada en la comuna con un equipo multidisciplinario de profesionales con recursos propios en mujeres del sector urbano de la comuna de Villarrica en Chile,

con el propósito de evaluar y mejorar el diseño del programa (Carreño, Vyhmeister, & Ivanovic, 2006).

El primer estudio fue un estudio piloto, de diseño experimental y de cohorte única. La población estuvo compuesta por 300 mujeres, del sector urbano de la comuna de Villarrica, novena región de Chile, con edades entre 20-45 años. Se consideraron solo mujeres, ya que ellas son las encargadas de la elección de alimentos y preparación para sus familias, aún aquellas mujeres que trabajan fuera de casa no están exentas de estas responsabilidades. De la población antes mencionada, se seleccionó una muestra aleatoria y representativa de 36 mujeres. Los resultados indicaron que las medianas aumentaron significativamente entre los períodos de pre- y post-test, tanto en los indicadores totales expresados como EVPS, así como en las seis dimensiones por separado (Carreño, Vyhmeister, & Ivanovic, 2006).

Los hallazgos de varios autores sugieren la necesidad de desarrollar, más programas educativos enfocados a prevenir enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) relacionadas con el estilo de vida.

Han pasado trece años desde la intervención, es importante conocer qué elementos han permitido mantener el cambio favorable de estilo de vida y qué elementos han impedido la permanencia de conductas, por lo que el objetivo de este estudio es analizar, comprender y determinar si la estrategia comunicativa utilizada en dicha intervención fue eficaz, tanto en lo conceptual, procedimental, actitudinal, como en lo emotivo en el transcurso del tiempo.

3. ANTECEDENTES

En los últimos años, los investigadores y expertos en nutrición han comprobado que es más importante la calidad de los alimentos, que la cantidad; que las necesidades de proteínas son menores de lo que se pensaba, y que el problema de la nutrición de los países desarrollados es precisamente el excesivo consumo de alimentos de origen animal, de grasa y de azúcar, y la falta de productos vegetales.

Son muchas las personas y grupos sociales que, por distintas razones y motivaciones, han llegado a la conclusión de que la alimentación a base de vegetales es la más saludable y satisfactoria para el ser humano. Es curioso observar como en los países desarrollados de Occidente, donde la dieta cárnica está tan arraigada, hay cada vez más interés por la alimentación a base de vegetales. Los hábitos, la salud y la ciencia, están cada vez más de acuerdo. Universidades como la de Yale, de Estados Unidos, ofrecen a sus alumnos un menú con alimentos vegetarianos, integrales y ecológicos. Las hamburguesas y los filetes con papas fritas, que durante tantos años fueron los preferidos de los jóvenes en los países desarrollados, están siendo sustituidos por los productos elaborados a base de soja, los cereales integrales en diversas presentaciones, las ensaladas, y las hortalizas procedentes de cultivos biológicos, sin conservantes, colorantes ni otros aditivos.

Durante el año 2002 teniendo presente los aspectos antes mencionados se ejecutó el programa de estilo de vida promotor de salud, el cual tuvo como objetivo principal, la modificación de conductas relacionadas con el estilo de vida. Al respecto, se implementó un programa con estrategias de comunicación y educación para la salud, aplicadas a mujeres de la comuna de Villarrica, en el centro de la ciudad.

A manera de diagnóstico, se aplicó el instrumento Estilo de Vida Promotor de Salud de Pender (EVPS). A continuación se desarrolló el programa educativo, que contemplaba charlas expositivas, talleres, utilizando formato multimedia, audiovisual, y que consistía en 15 sesiones con charlas expositivas incluyendo en ellas un test diagnóstico, en un periodo de tres meses. A esto se agregan 20 sesiones de prácticas

aeróbicas, dos veces por semana y, 13 sesiones de prácticas de cocina saludable, una vez por semana. Al término del programa se realizó un post-test, por lo cual se aplicó nuevamente el mismo instrumento aplicado en el período de pre-test, para determinar si se adquirieron las conductas promotoras de vida saludable (Carreño, Vyhmeister, & Ivanovic, 2006).

Lo anterior con el objetivo teórico-metodológico de identificar las relaciones entre el EVS y el apoyo de las redes sociales, en este caso asociadas a establecimientos educacionales, personal docente y para docente y apoderados de las unidades educativas. Los resultados previos a la presente investigación mostraron que las Medianas en el EVPS aumentaron significativamente entre los períodos de pre- y post test, tanto en los resultados totales expresados como EVPS, como en las seis dimensiones por separado, (autorrealización, responsabilidad en salud, nutrición, ejercicio, apoyo interpersonal y manejo de estrés) en el grupo. Todos los cambios fueron significativos al nivel de $P < .0001$, al examinar los valores de las medianas, las mujeres experimentaron cambios positivos y significativos en todas las dimensiones del EVPS, entre el pre-test y post-test. (Carreño et al., 2006).

En el pre-test, el puntaje más alto correspondió a la dimensión autorrealización y los puntajes más bajos de la Mediana fueron observados en las dimensiones responsabilidad en salud y ejercicio físico; sin embargo, en el período de post-test, la dimensión responsabilidad en salud aumento 0.8 y ejercicio aumentó 0.9 puntos. En el post-test, las mujeres presentaron mayores cambios en manejo de estrés y apoyo interpersonal, 08 y 07 puntos respectivamente, las dimensiones más altas después de la intervención fueron autorrealización, apoyo interpersonal, ambas con puntajes de 3.7 y nutrición con 3.5 puntos. Las medianas mostraron mayor cambio de comportamiento en ejercicio físico (Carreño et al., 2006).

Con relación a los antecedentes previamente expuestos, se postula la presente investigación, con el objeto de evaluar el impacto de la intervención educativa, ocho

y trece años después de su finalización, con el propósito de dar continuidad a la línea de investigación en Promoción de la Salud.

**4. MARCO
EPISTEMOLÓGICO, TEÓRICO
Y CONCEPTUAL**

Con el propósito de aportar a la investigación un conjunto coordinado y coherente de conceptos y proposiciones que permitan dar respuesta fundamentada al problema; se ha hecho una revisión bibliográfica exhaustiva desde diversas miradas, ya que se trata de integrar el problema dentro de un ámbito donde éste cobre sentido, incorporando los conocimientos previos relativos al mismo y ordenándolos de modo tal que resulten útiles a nuestra tarea, con el fin de situar a nuestro problema dentro de un conjunto de conocimientos, que permita orientar nuestra búsqueda y nos ofrezca una conceptualización adecuada para las interpretaciones y explicaciones. Como lo explica Bonilla (2006), se trata de un problema empírico centrado en el campo de la salud, ubicado en un sistema complejo, o sea en un sistema de salud pública, que requiere de una mirada interdisciplinaria para su estudio, así como de una pluralidad metodológica para ser abordado y del cual surge un programa metodológico que permite reflexionar sobre la lógica de construcción del problema de investigación, y desde una perspectiva comunicológica (Bonilla, 2006).

4.1. MODELOS DE PSICOLOGIA DE LA MOTIVACIÓN

La Psicología ha asignado a la motivación el cometido de explicar las causas del comportamiento. Entre los procesos psicológicos básicos, tal vez sean los motivacionales los que se presentan más estrechamente vinculados con la acción, con independencia de que el marco teórico adoptado sea conductista, cognitivo o dinámico como lo manifiesta en sus investigaciones Ester Barberá Heredia (Barberá Heredia, 2002). La asociación entre explicación causal (motivación) y efecto resultante (conducta) ha generado, con frecuencia, un cierto confusiónismo, que se explicita en 'la circularidad' presente en bastantes definiciones psicológicas, en las que el concepto de motivación se infiere a partir de las conductas que deberían explicarse apoyándose en él. En el siglo pasado la Psicología ha desarrollado múltiples teorías de la motivación humana, de manera que para poder tener una visión de conjunto sobre las tendencias dominantes Barberá ha optado por un criterio

ordenador. Existen tipologías motivacionales muy diversas, pero, sin duda, la tradición dualista, que ha prevalecido a lo largo de la historia del pensamiento occidental, ha dejado una impronta potente en el estudio psicológico de la motivación. Ester Barberá cita las investigaciones del profesor Garrido quien ha analizado las principales confrontaciones en la representación del comportamiento humano, a través de polaridades referidas a 'libre voluntad *versus* determinismo', 'anticipación de metas *versus* mecanicismo' o 'el sujeto como sistema auto-regulador *versus* la metáfora del individuo-máquina'. La forma concreta en que se ha resuelto cada una de estas confrontaciones ha ejercido una notable influencia en el desarrollo de la psicología motivacional (Garrido, 2000).

Siguiendo el criterio dualista, la clasificación que Barberá propone para iniciar el debate sobre el protagonismo de la motivación en la explicación de la actividad humana parte de la diferenciación entre modelos reactivos y teorías de la activación.

4.1.1. Teorías Reactivas

Bajo este rótulo se incluyen planteamientos teóricos y epistemológicos bien diferenciados. Sin embargo, todos ellos comparten entre sí la conceptualización del sujeto como un ser reactivo, cuyas actuaciones responden a cambios producidos en el estado de una situación estimular concreta. La motivación se inicia, por tanto, como reacción ante una determinada emoción (miedo), una necesidad biológica (hambre) o psicológica (curiosidad) y, también, ante la presencia de estímulos externos (apetitivos/aversivos). En cualesquiera de estos casos, la meta de la conducta motivacional siempre consiste en satisfacer una demanda y, por ende, reducir la presión.

En relación a las fuentes iniciadoras de la conducta motivada, Barberá hace dos puntualizaciones, referidas respectivamente a las emociones básicas y a la

inclusión de la curiosidad. El planteamiento de las emociones como agentes motivacionales es compartido por casi todos los autores, si bien existen diversos modos de representar esta vinculación. Así, mientras Izard sostiene que la función central de una emoción básica es similar a la de un motivo y consiste en activar y dirigir el comportamiento, el modelo de Buck representa los procesos motivacionales y emocionales como las dos caras de una moneda, atribuyendo a las emociones el cometido específico de facilitar o dificultar las adaptaciones exitosas. Por su parte, la interpretación de la curiosidad como necesidad psicológica, con propiedades motivacionales similares al hambre o la sed, merece ser matizada (Barberá, 2002).

En la base de esta representación motivacional subyace la noción de homeostasis, concepto procedente de la Fisiología, introducido por Cannon en referencia al equilibrio dinámico que mantiene dentro de una variabilidad limitada, el medio interno. La investigación psico-fisiológica se interesó, en un principio, por las orientaciones motivacionales primarias, tales como alimentarse, huir o evitar el dolor, y para explicarlas desarrolló tanto teorías locales (del hambre o de la sed) como otras que implican la intervención de estados motivacionales centrales (Barberá 2002). En cada una de ellas, o bien la estimulación de determinados puntos periféricos o bien la actividad de los centros excitadores del hipotálamo activan una serie de conductas orientadas a mantener el equilibrio homeostático.

La formulación motivacional de Hull y su escuela (Hull, 1943; Spence, 1956) representa el intento más sistemático y completo por trasladar el modelo homeostático a la explicación psicológica de la motivación humana. La funcionalidad de los procesos motivacionales la desarrolla Hull a través de dos conceptos básicos, el *impulso* (drive) y el *incentivo*, y su explicación se integra en la 'teoría general de la conducta', teoría basada en los principios del aprendizaje asociativo característicos del conductismo mediacional. En la década de los sesenta, la incorporación del concepto de *activación fisiológica* de Duffy (1962) aporta una medida psicofisiológica al impulso hulliano, de manera que su intensidad podía medirse

fisiológicamente con independencia de la conducta resultante (Suay, Salvador, & González).

La teoría de Hull supuso para la Psicología la primera interpretación empíricamente demostrable de la motivación. Y su influencia, tomando en consideración las sucesivas modificaciones propuestas por él o por sus discípulos, ha sido dominante en el ámbito académico durante la primera mitad del siglo XX, habiendo servido como heurístico central en la investigación psicológica teórica y aplicada. Barberá comenta que por la misma razón de su influencia, también ha sido objeto de numerosas críticas, entre las que cabe destacar la pretensión generalista de explicar comportamientos humanos complejos, relativos a las situaciones de frustración o a las reacciones ante un conflicto, a partir de diseños experimentales basados fundamentalmente en la investigación animal, en los que sólo se estudian reacciones motivacionales ante situaciones de privación forzosa. A pesar de todo, no existe un modelo motivacional unitario que represente en la Psicología académica actual lo que supuso en su momento la propuesta de Hull (Barberá Heredia, 2002).

4.1.1.1. Explicaciones cognitivas reactivas: los modelos basados en la expectativa/valor

La perspectiva cognitiva, cuya influencia en la disciplina psicológica aumenta desde finales de los años cincuenta, dirige la atención hacia el estudio de motivaciones complejas que acontecen en actividades específicamente humanas en relación con comportamientos conscientes y de carácter voluntario; tal es el caso de la motivación de logro o de la planificación de metas. Sin embargo, gran parte de los modelos cognitivos desarrollados para explicar la motivación asumen y reproducen el esquema general característico de la concepción homeostática.

El ejemplo más claro de trasposición del modelo homeostático al ámbito de la cognición humana se observa en una serie de teorías, etiquetadas como de *la*

consistencia cognitiva'. Si bien estas teorías poseen formulaciones específicas y ámbitos de aplicación diferenciados, todas ellas confluyen en la idea de presentar la interpretación motivacional dentro de series alternativas de consistencia/inconsistencia como características centrales de la actividad psíquica. La teoría de la disonancia de Festinger (1957), la de la reactancia psicológica (Brehm, 1966), el modelo de autopercepción de Bem (1972) o la teoría de la equidad (Adams, 1965; Homans, 1961), comparten la estructura prototípica del modelo homeostático (Barberá Heredia, 2002).

El esquema general de la teoría de la reducción del impulso, que en el diseño de Hull se aplica a la necesidad de satisfacer el deseo por la comida en una situación de hambre, se utiliza para explicar el funcionamiento de la psique ante pensamientos disonantes, percepciones de inequidad o cualquier otra inconsistencia entre creencias y comportamientos. El contenido motivacional que se pretende conocer cambia (motivos básicos *versus* motivos secundarios), así como el diseño general de la investigación (laboratorio animal *versus* observación y registro de reacciones humanas). Pero, la estructura explicativa homeostática se mantiene intacta en el modelo de la reducción del impulso y en las teorías de la consistencia cognitiva. Ambos comparten una interpretación mecanicista de la motivación humana basada en la alternancia dinámica entre equilibrio inicial (consonancia) y desequilibrio posterior (situación disonante). El sujeto se motiva, por tanto, ante una situación estimular concreta y reacciona mediante conductas predeterminadas, con el propósito de recomponer el estado anterior.

Entre las explicaciones cognitivas de la motivación humana, una de las que ha tenido mayor impacto se basa en destacar el papel que las 'expectativas' y 'valencias', en tanto conceptos anticipatorios a la acción, ejercen sobre el nivel de esfuerzo (tendencia motivacional) asignado a determinadas conductas. Barberá cita una serie de modelos, desarrollados por Atkinson (1957), Feather (1959) o Vroom (1964) y aplicados a ámbitos muy diversos, se pueden agrupar en torno a la denominación común de *teorías de expectativa/valencia (E/V)* (Barberá Heredia,

2002). Estas teorías comparten con las de la consonancia/disonancia una visión racional del ser humano y consideran que el comportamiento es intencional en la medida en que obedece a un propósito funcional. Asimismo comparten un planteamiento reactivo de la motivación, en tanto las tendencias motivacionales se interpretan como reacciones específicas provocadas por cambios en la situación estimular. En este caso, los estímulos (expectativas y valencias) son internos, mentalistas y anticipatorios. La intencionalidad, aunque se asume como característica inherente a la conducta, no representa un constructo explicativo de la motivación humana. Mantienen el criterio mecanicista al asignar a las expectativas y las valencias toda la responsabilidad de la tendencia motivacional dominante (Barberá 2002).

4.1.1.2. Reelaboración y ampliación de los parámetros de Expectativas y Valencias

La investigadora Ester Barberá citando al profesor Pedro Mateos (1996), al revisar la evolución de los conceptos de motivación, intención y acción por parte de la Psicología, analiza con detalle algunas propuestas psicológicas que, manteniendo la filosofía general de los modelos basados en expectativas y valencias, intentan o bien ampliar su alcance o bien complementar estos dos parámetros cognitivos con otros componentes motivacionales. Tales intentos evidencian, por un lado, el impacto tan fuerte que han tenido y continúan teniendo las teorías de E/V en la psicología motivacional. Un ejemplo de re elaboración de los parámetros E/V se encuentra en la propuestas de Bandura (Bandura, 1977).

El psicólogo Albert Bandura es la figura más representativa para explicar la transición entre el conductismo y el cognitivismo. Gracias a su perspectiva sobre la idea que dominaba la época conductista, se cambio de paradigma hacia la psicología cognitiva, siendo ésta la más aceptada actualmente. En la teoría cognitivo-social de Bandura destaca el modelo del determinismo reciproco que viene a decir que los factores ambientales, los cognitivos, personales, de motivación, emoción, etc,

interactúan todos entre sí recíprocamente. Se sitúa por lo tanto en contra de los más extremistas con respecto a la localización de las causas de la conducta, rechazando el extremo ambientalista y el determinismo personal, Bandura establece una interacción entre las distintas corrientes, por lo que los factores ambientales, personales y conductuales, no son entidades separadas, sino que interactúan mutuamente entre sí.

Ante el conductismo clásico Bandura declara que el organismo no responde solamente a los estímulos del medio de forma automática, sino que también reflexiona y responde de forma significativa. Considerando que en el proceso de aprendizaje hay que tener en cuenta las siguientes capacidades básicas: Capacidad simbolizadora, para ensayar simbólicamente soluciones, sin que sea necesario ejecutarlas y sufrir las consecuencias de sus errores, capacidad de previsión, al proponerse metas se ensayan las posibles acciones y consecuencias, que pueden convertirse en motivadores y reguladores de la conducta previsor, capacidad vicaria, mediante la observación de modelos se puede aprender vicariamente de lo que otros hacen y las consecuencias de dichas acciones, sin necesidad de pasar por la ejecución de las mismas, capacidad autorreguladora, el hombre puede controlar su propia conducta manipulando el ambiente y utilizando estrategias cognitivas proponiéndose metas, objetivos e incentivos a sus propias acciones, capacidad de autorreflexión, lo que significa analizar sus propias experiencias, contrastándolas con los resultados obtenidos, analizar sus ideas, y desarrollar la percepción que tienen ellos mismos sobre su eficacia.

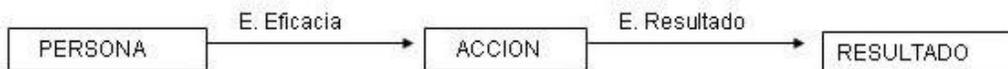
Aunque Bandura defiende la idea de que las conductas que hayan obtenido recompensas positivas tendrán más posibilidades de ser repetidas y en cambio disminuirán las conductas que hayan obtenido consecuencias negativas, este proceso en el hombre es más bien rudimentario. Con la teoría social cognitiva, Bandura muestra la complejidad de los procesos humanos para realizar una conducta, mediante la observación la persona puede aprender una acción y sus consecuencias y deliberadamente tendera a realizarla o no; dependiendo de sus características personales y su motivación. “El aprendizaje sería muy laborioso (por no decir

peligroso) si las personas se basaran sólo en los efectos de sus propias acciones para informarse sobre qué hacer” (Bandura, 1995, 1982).

Bandura desarrollará el concepto de auto-eficacia incidiendo en el papel motivador que tiene la percepción de uno mismo como agente capaz de llevar a término determinadas acciones.

La clasificación de Bandura distingue entre expectativas de eficacia y de resultado. Las primeras, referidas a la percepción de auto-capacidad para llevar a cabo una conducta, se sitúan conceptualmente entre el sujeto y la acción. Las expectativas de resultado, sin embargo, aluden a la convicción de que una determinada acción producirá un determinado resultado. Intervienen como actividades mediadoras entre la acción y el resultado esperado, tal y como se representa en el siguiente esquema.

Figura 1. Clasificación de expectativas propuesta por Bandura (1977)



Heckhausen, por su parte, clasifica tres tipos de expectativas: de situación-resultado (S-R), de acción-resultado (A-R) y de resultado-consecuencia (R-C). La expectativa de A-R coincide prácticamente con la noción de expectativa de resultado de Bandura. La expectativa de S-R se define como la creencia de que una situación en sí misma, al margen de la conducta del sujeto, llevará a un determinado resultado. Por ejemplo, el convencimiento de que determinadas situaciones de pobreza llevan aparejadas el fracaso escolar. Finalmente, la expectativa de R-C consiste en la creencia de que el resultado esperado actuará como instrumento mediador para alcanzar unas determinadas consecuencias. Si se termina la carrera (resultado) se podrá acceder a un puesto profesional (consecuencia).

Tanto la noción de expectativa de eficacia de Bandura como la de expectativas de R-C de Heckhausen van a generar importantes repercusiones en la interpretación psicológica de la motivación.

A su vez, la distinción entre resultado y consecuencias, que plantea Heckhausen, posibilita la interpretación de los resultados como pasos instrumentales encaminados hacia metas de orden superior que aportan valor significativo a nuestras acciones. De manera que, aunque no se pueda influir directamente sobre las consecuencias sino sólo sobre los resultados, la creencia en la relación entre resultados y consecuencias posteriores adquiere valor motivacional. La relevancia de las acciones futuras sobre la conducta presente será enfatizada por Raynor (1981) a través de su concepción de 'la orientación futura'. Además de ampliar el concepto tradicional de expectativa o de incorporar tipos diferenciados de valoraciones anticipadas (comparación social, auto-valoración, incentivos extrínsecos, costes/beneficios, o valor cultural), ha habido otras propuestas que han incorporado *parámetros adicionales* a los de expectativas y valencias para explicar las tendencias motivacionales de la conducta. Uno de los ejemplos más representativos de esta ampliación del modelo de E/V se localiza en '*la teoría dinámica de la acción*' de Atkinson y Birch (Atkinson & Birch, 1978). En ella la tendencia de acción dominante se representa como el resultado final de contrarrestar fuerzas instigadoras y consumatorias, por un lado, frente a fuerzas inhibitorias y de resistencia, por otro. La idea de incluir en la explicación motivacional tanto las tendencias hacia la acción como las de evitación está ya presente en la explicación previa de Atkinson (1957) sobre la conducta de logro. La novedad de esta propuesta radica en que, al incorporar parámetros mediacionales (fuerzas instigadoras y consumatorias / fuerzas inhibitorias y de resistencia) entre las expectativas/valencias y las tendencias motivacionales resultantes, se plantea la posibilidad teórica de producir un cambio en la conducta y en la estructura motivacional subyacente, aún cuando permanezcan constantes las expectativas del sujeto y su valoración en torno a la situación vital (Atkinson, 1957).

Figura 2. Esquema de los parámetros explicativos según la teoría dinámica de la acción



En resumen, a partir de la década de los sesenta Barberá comenta que proliferan una serie de modelos que intentan explicar las estrechas relaciones entre factores motivacionales y conducta, o entre conocimiento, motivación y actividad. A pesar de los innegables progresos que representan algunas de estas propuestas cognitivas respecto a una consideración más activa y auto-reguladora de la motivación (Bandura, 1982), la serie de teorías incluidas en este bloque, categorizado como reactivo, comparten un planteamiento común que se puede esquematizar mediante la representación gráfica siguiente:

Figura 3, Esquema general de las teorías reactivas



4.1.2. Teorías de la activación

Este enfoque parte de la consideración del ser humano como agente causal de sus propias acciones. La motivación se interpreta como una actividad que, a menudo, se manifiesta de forma espontánea, sin necesidad de reducirse a mera reacción ante

una situación estimular específica. Además, la conducta motivada se considera propositiva puesto que, en gran medida, se desarrolla impulsada por planes, metas y objetivos.

Desde la perspectiva psicofisiológica, el concepto de motivación de Hebb, definido como la tendencia de todo organismo a producir actividad organizada, y el conocimiento del sustrato neural del *arousal*, en torno a la formación reticular y los núcleos inespecíficos del tálamo, constituyen dos importantes apoyos para sostener la concepción del ser humano como agente causal (Hebb, 1955). La crítica posterior a la representación de la activación como un constructo unitario va a posibilitar la incorporación del enfoque sistémico, que toma en consideración tanto las estructuras neurales centrales y periféricas como el papel modulador de los componentes neuroendocrinos y, sobre todo, la serie de interacciones que se establece entre dichos componentes (Vila & Fernández, 1990). La identificación del sistema cerebral de la motivación, a partir de los hallazgos de Olds y Milner, permite inferir la existencia de un circuito neural, cuya función consiste en regular el nivel de activación y proporcionar el impulso necesario para actuar en una determinada dirección (Suay, Salvador y González, 1996).

A diferencia de los planteamientos reactivos, la motivación humana en las teorías activadoras se caracteriza básicamente por las propiedades de espontaneidad y propositividad. La curiosidad, el afán exploratorio o el sentido de autodeterminación de la conducta son, en sí mismos, capaces de activación psicológica y el objetivo de tal actividad no consiste en restablecer la situación previa ni restaurar el equilibrio roto, sino guiar el comportamiento hacia caminos nuevos, desconocidos y desafiantes. La importancia motivacional de la intencionalidad y el peso que la voluntad ejerce sobre la conducta propositiva se han ido consolidando, en años recientes, en torno a una teoría general de la acción claramente separada del esquema tradicional alrededor de la conducta (Barberá Heredia, 2002). El desarrollo de la motivación intrínseca y la investigación psicológica desarrollada para explicar su origen se interesan, sobre todo, por el análisis de la espontaneidad, en tanto rasgo motivacional característico,

que está presente en múltiples actividades humanas. Por su parte, el carácter propositivo, en estrecha sintonía con las nociones de intencionalidad y voluntad, ocupará el centro de atención en las explicaciones motivacionales de los modelos de la acción de Heckhausen, (1987) y Kuhl, (1985) investigadas y citadas por Barberá (Barberá Heredia, 2002).

4.1.2.1. La motivación intrínseca

La definición de *motivación intrínseca* plantea que gran parte de la actividad humana se realiza por el placer que supone o por el interés que su ejecución conlleva. La pregunta clave para la investigación psicológica ha girado en torno al conocimiento sobre cuáles son los factores subyacentes que permiten explicar la motivación intrínseca. En último término ¿qué es lo que convierte a una actividad en intrínsecamente motivante?. Las respuestas obtenidas han sido diversas y, en cierto modo, complementarias.

Algunos investigadores se han interesado por analizar las propiedades específicas de algunos objetos, que los convierten en intrínsecamente motivantes. Así por ejemplo, los estudios de Berlyne, aplicados al ámbito educativo, inciden en las características de novedad, complejidad e imprevisibilidad, que poseen determinadas actividades, en tanto determinantes del interés motivacional (Berlyne, 1960). Un grado intermedio de cada una de estas propiedades despierta el interés de los sujetos y favorece la curiosidad y el afán exploratorio hacia ellas. Que una actividad resulte moderadamente novedosa, compleja o imprevisible depende, en parte, de la comparación de la información derivada de distintas fuentes. En este sentido, tales propiedades se definen como colativas de los patrones de estímulo.

Hasta cierto punto, el esquema homeostático reactivo se mantiene en esta explicación, en la medida en que las propiedades colativas (novedad, complejidad, imprevisibilidad) de ciertos estímulos provocan curiosidad y llevan a la exploración y manipulación de objetos para su mejor conocimiento; de modo parecido a como en el

esquema clásico hulliano la carencia de algún principio alimenticio básico genera hambre y lleva a buscar alimento para satisfacer la necesidad. En este sentido, se puede representar la curiosidad como una necesidad psicológica, actuando de manera relativamente parecida a las necesidades básicas de hambre o sed, tal y como se ha mencionado previamente.

Csikszentmihalyi incorpora la noción de *flujo*, cuyo antecedente más directo cabe localizarlo en la idea de 'reto óptimo', como punto de encuentro entre el nivel de dificultad de la tarea, característico de una actividad, y las habilidades de las que dispone la persona para resolver la situación problemática (Csikszentmihalyi, 1975). Aquí, la activación motivacional no depende sólo de la novedad o interés intrínseco del trabajo en cuestión, sino de la correspondencia entre ésta y los recursos personales de los que se dispone para afrontar la situación. El origen de la motivación intrínseca no depende sólo de las propiedades colativas que posean determinados objetos sino de una adecuación equilibrada entre competencia del individuo y reto implicado en la tarea. Cuando los retos superan las competencias individuales se genera un estado de ansiedad por exceso de dificultad. Si, por el contrario, las habilidades superan con creces los retos, el individuo se mostrará aburrido y, por ende, poco motivado.

Aunque, sin duda, las nociones de flujo o de reto óptimo incorporan, hasta cierto punto, la sensación de control personal sobre las propias habilidades y la interacción del sujeto con la actividad, la concepción motivacional subyacente sigue siendo reactiva en la medida en que el placer que lleva a realizar la actividad deriva, al menos parcialmente, de las propiedades colativas de los estímulos.

Pero, también la investigación psicológica interesada por la motivación intrínseca ha indagado sus orígenes dentro del sujeto, a través de la auto-percepción como persona competente, eficaz y con determinación para actuar dice Barberá citando también las nociones de auto-competencia de (White, 1959), causación personal de (Charms, 1968), auto-determinación de (Deci y Ryan, 1985), auto-eficacia de (Bandura, 1982) y acción personalizada de (Nuttin, 1985) realzan el

protagonismo motivacional de la *subjetividad* y el papel del individuo como agente causal de su propia actividad comportamental. Cada uno de estos conceptos intenta definir, de manera precisa, la naturaleza de la motivación intrínseca. Pero en cualesquiera de tales explicaciones la motivación, más que responder a determinadas características estimulares concretas, proporciona oportunidades para que las personas pongan a prueba sus competencias y determinaciones, de manera activa e intencional. Las características de dinamismo y activación interna alejan la noción de motivación intrínseca de actividades placenteras derivadas, por ejemplo, de la experiencia sensorial pasiva (Barberá Heredia, 2002).

4.1.3. Los Modelos de la Acción

Junto al desarrollo de la motivación intrínseca, durante la década de los ochenta se formalizan una serie de modelos psicológicos que incorporan la intencionalidad y la voluntad como aspectos relevantes del comportamiento propositivo humano, atribuyéndoles un papel específico en la explicación motivacional. Los dos más representativos son *la teoría del control de la acción* de Kuhl (1985, 1986) y la del *Rubicón de las fases de la acción* desarrollada por Heckhausen (1987). Ambas explicaciones enlazan directamente con la tradición alemana de estudio de la voluntad, de la escuela de Wurzburg, y con la noción de intencionalidad definida por Ach como fuerza impulsora de una tendencia determinante que incita a su realización.

Desde la consideración de Ester Barberá, las dos mayores aportaciones de estos modelos para apoyar un enfoque activo y no meramente reactivo de la motivación son: el establecimiento de una delimitación conceptual importante entre tendencia motivacional y logro de objetivos, de la que se derivan consecuencias teóricas y aplicadas de gran impacto, y la idea de que la conducta dirigida a una meta está jerárquicamente organizada, aunque el desarrollo de su estructura y la

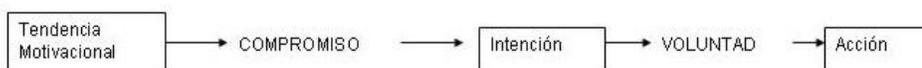
fundamentación empírica de la jerarquía todavía estén por descifrar (Barberá Heredia, 2002).

Con respecto a la primera cuestión, ambos modelos incorporan el análisis diferencial entre los procesos que intervienen en la toma de decisiones y los que actúan sobre la consecución del objetivo propuesto. Para lograr una meta voluntaria es necesario, sin duda, tener el firme propósito de querer conseguirla. Pero, la intención, en tanto concepto motivacional central que representa el nivel máximo de compromiso con la acción, no garantiza el éxito del resultado deseado. La experiencia de la vida cotidiana evidencia la distancia existente entre los propósitos y los logros. Casi todos los estudiantes inician el curso académico con el firme propósito de aprobar una serie de asignaturas, sin embargo la proporción de los que lo consiguen suele ser bastante inferior.

En particular, Kuhl destaca como una insuficiencia la asunción implícita que realizan las teorías de E/V al identificar conducta motivada con meta. Por el contrario, su modelo parte de la diferenciación entre intencionalidad y acción. La propuesta se sostiene en dos ideas básicas referidas a: los impulsos, deseos, expectativas, valoraciones y demás tendencias motivacionales son determinantes del grado de compromiso con la acción, cuyo nivel más elevado se sitúa en la intención o propósito firme de conseguir una meta, y entre intención y conducta median una serie de procesos volitivos complejos que tendrán que imponerse frente a diversas tendencias dificultosas, tanto externas como internas, para conseguir el objetivo propuesto (Kuhl, 1986).

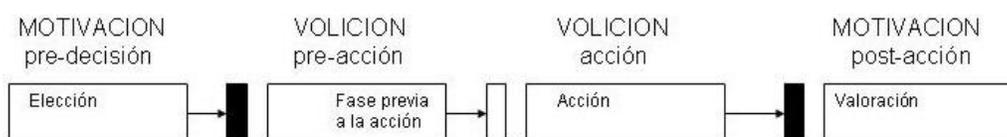
Son estos últimos procesos y estrategias, más que los parámetros impulsivos, afectivos y cognitivos determinantes del nivel de compromiso con la acción, los que el modelo de Kuhl se interesa por estudiar. La figura que se presenta a continuación trata de representar el planteamiento básico de este autor.

Figura 4. Esquema de la Teoría del Control de la Acción (Kuhl, 1985)



El modelo del Rubicón de Heckhausen representa, con más detalle, la misma idea de Kuhl relativa a la diferenciación entre procesos motivacionales y volitivos, incluyendo en su representación cuatro fases y dos momentos clave de inflexión (el paso del Rubicón) en el proceso de toma de decisiones, tal y como aparece en el siguiente esquema (Heckhausen, 1987).

Figura 5. Esquema de la Teoría del Rubicón de las fases de la acción (Heckhausen, 1987)



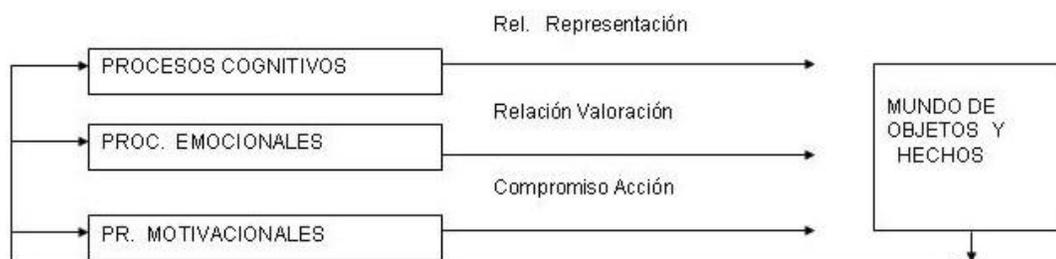
La cuarta fase del modelo incorpora, además, un nuevo componente motivacional en la secuencia, que se corresponde con la valoración que hace el sujeto de la acción conseguida, idea esta que ya había sido previamente esbozada a través de la noción de expectativa de resultado-consecuencia. La incorporación de la valoración en la explicación de la actividad motivada de los comportamientos voluntarios permite, por un lado, establecer en la representación un circuito de retroalimentación, ya que sólo la valoración positiva de los resultados obtenidos permite desactivar definitivamente la intención. Por otro lado, la valoración de la acción precedente posibilita implícitamente la valoración de las consecuencias, enlazando así el criterio de que el futuro puede influir sobre el presente, a través de las metas anticipadas y de la valoración de las mismas.

4.1.4. Tendencias Futuras

La idea de que gran parte de la motivación humana acontece de modo espontáneo, obedeciendo al interés intrínseco por ejercitar las propias habilidades o por poner a prueba la capacidad de intervención sobre el entorno, constituye un avance considerable y ha enriquecido, de forma sustantiva, el papel que desempeña la 'subjektividad' en el desarrollo de la actividad psicológica. También ha sido decisiva la incorporación de 'la intencionalidad' y del 'libre albedrío' para valorar la propia conducta y juzgar las acciones de los demás. La experiencia demuestra que ni la reacción comportamental ni tampoco la valoración de un acontecimiento suele ser la misma cuando se presupone buena o mala intención a los protagonistas. Conocimiento, motivación y valoración presentan, por tanto, estrechas interacciones entre sí.

El modelo de Kuhl establece, además de una interacción continua entre estos tres procesos psicológicos, vínculos específicos de cada uno de ellos con el entorno social, de manera que la relación prioritaria de los procesos cognitivos es de representación, mientras que lo que caracteriza específicamente a las emociones es el tono valorativo que los humanos solemos atribuir, en mayor o menor grado, a cualquier acontecimiento (Kuhl, 1986). Finalmente, la característica específica de los procesos motivacionales es el grado de compromiso con la acción. La siguiente figura representa esquemáticamente esta idea.

Figura 6. *Relación de los procesos psicológicos con el mundo (Kuhl, 1986)*



Sin embargo, la psicología cognitiva se ha dedicado a analizar preferentemente el papel crucial que el conocimiento (disonancia, expectativas, atribuciones causales) y la voluntad (mecanismos de regulación y modos de control de la acción) ejercen sobre la motivación y sobre la actividad humana; hasta el punto de sostener, no sólo con argumentos teóricos sino también con evidencia empírica, que un factor tan mental como 'la anticipación de metas futuras' puede ser decisivo en la evaluación del nivel de esfuerzo y de las reacciones comportamentales. Por su parte, la influencia del conocimiento sobre el área más caliente de la Psicología, las emociones, se ha reavivado recientemente mediante el estudio de la inteligencia emocional, del coeficiente emocional como factor distinto y complementario del CI (coeficiente intelectual) y del desarrollo de instrumentos de medida de este constructo.

El camino inverso no ha recibido, sin embargo, una exploración similar. Con frecuencia se da por supuesto que las tendencias motivacionales y las emociones influyen sobre las representaciones cognitivas. Se suele asumir que los deseos personales, algunos afectos e, incluso, el sentido de auto-eficacia afectan a la representación del conocimiento y a las interacciones humanas. Pero no se ha analizado con detenimiento ni se ha formalizado mediante un modelo concreto los diversos modos como tal influencia acontece.

También, existe poca investigación teórica y empírica acerca de las estrechas relaciones e interacciones que acontecen entre motivación y emoción, fuera de las hipótesis psico-fisiológicas ya mencionadas. La consideración de alguna emoción básica (miedo) como un sistema motivacional primario no permite, si no se amplía el modelo, dar cuenta del papel que ejercen múltiples emociones humanas, como la envidia, los celos, la compasión, el odio o la ternura; afectos todos ellos de naturaleza no tan primaria, que la observación fenomenológica y la propia experiencia señalan como factores determinantes de la actividad psíquica, y que hay que tomar en consideración en la explicación motivacional del comportamiento.

4.1.4.1. La inteligencia emocional

En fechas recientes, la Psicología ha incorporado a su acervo terminológico la expresión *inteligencia emocional* (IE). Propuesta originalmente por Salovey y Mayer y popularizada un poco más tarde por Goleman la creencia en una IE, diferenciada del concepto de inteligencia clásica, ha generado un tremendo revuelo, que algunos califican de verdadera conmoción, en el panorama de la Psicología actual (Goleman, 1996; Salovey & Mayer, 1990). Los seres humanos percibimos el mundo, desarrollamos expectativas, construimos pensamientos, interaccionamos con los demás y actuamos movidos por emociones. La emocionalidad representa una parte sustancial de la psique, tiene propiedades funcionales y hay que incorporarla en la explicación de la actividad humana, en estrecha interacción con la motivación y el conocimiento, en lugar de enfrentarla a la razón y conceptualizarla como la parte irracional y atávica de los organismos.

Definida como un conjunto de meta-habilidades que pueden ser aprendidas, Salovey y Mayer estructuran el concepto en torno a cinco dimensiones básicas referidas a : 1) el conocimiento de las propias emociones, 2) la capacidad para controlar las propias emociones, 3) la capacidad de motivarse a sí mismo, 4) el reconocimiento de las emociones ajenas y 5) el control de las relaciones (Salovey & Mayer, 1990). Además, desde una consideración psico-fisiológica, estudios recientes han aportado información específica sobre el papel de la amígdala como nexo de unión entre el cerebro emocional y el cerebro racional, corroborando con ello la noción de IE (Mestre, Guil, Carreras de Alba, & Braza, 2000).

Si nos detenemos en el análisis de estas cinco características vemos que la base de la IE radica en el conocimiento y control de las emociones propias y ajenas, así como en la capacidad de la IE como fuente motivacional creativa e intrínseca. Por lo que respecta a la relación entre emociones y procesos de conocimiento (percepción, razonamiento, solución de problemas, lenguaje) el concepto de IE sólo aporta una interpretación cognitiva de las emociones, que se basa en el conocimiento

de las emociones propias y ajenas como requisito imprescindible para poder controlarlas. A su vez, en la aproximación que establecen Salovey y Mayer entre emociones y motivación, la IE parece contribuir a aumentar la competencia social, mediante la empatía y el control emocional, incrementando la sensación de eficacia en las acciones que se acometen (Salovey & Mayer, 1990). Este aspecto se relaciona también con el concepto de inteligencia exitosa propuesto actualmente por Sternberg (Sternberg, 1997). Las diversas teorías y modelos de la psicología de la motivación, deben ser consideradas ya que tienen como fin promover cambios de comportamiento que contribuirán a alcanzar un estilo de vida más saludable, el cual requiere de políticas que funcionen como respaldo para la implementación de nuevas iniciativas y programas de salud.

4.2. LAS POLÍTICAS DE SALUD DE LA OMS

La OMS es el organismo de la Organización de las Naciones Unidas, especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial, cuenta con representación de los 193 países miembros de la ONU y se divide en seis regiones, cada encargado de salud de los gobiernos de la región tiene participación en la organización. Tiene el propósito de obtener el nivel de salud más alto posible por medio de la promoción de la cooperación técnica en materia de salud entre las naciones, la aplicación de programas para combatir y erradicar las enfermedades, así como la mejora en la calidad de vida de las poblaciones. Sus objetivos son reducir el exceso de mortalidad, morbilidad y discapacidad con especial énfasis en poblaciones pobres y marginadas, promover estilos de vida saludables y disminuir riesgos para la salud, desarrollar sistemas de salud más justos y eficaces que sean financieramente más equitativos. (<http://www.cinu.org.mx/onu/estructura/organismos/oms.htm>)

4.3. OMS, EDUCACIÓN Y ESTILO DE VIDA

Los países han realizado esfuerzos sostenidos para promover dietas y estilos de vida saludables basados en las recomendaciones de la OMS. Considerando la alta prevalencia de enfermedades cardiovasculares en adultos, la OMS reconoció que las escuelas juegan un papel importante evitando enfermedades nutricionales a través de programas educativos: "Las escuelas pueden contribuir a mejorar la salud de los estudiantes y de los adultos y estos programas pueden también ser útiles para los padres" (OMS, 1990). La FAO/OMS ha enfatizado sobre la mejora en el conocimiento de alimentos y nutrición. Una veintena de niños y sus padres pueden contribuir para mejorar la conducta de familias en relación a alimentos y salud, condición nutricional, las prácticas de nutrición y la actividad física con el objetivo de prevenir enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con la dieta (FAO/OMS, 1992). Hoy en día, casi de una manera universal, la educación apuesta por la renovación, y se implican las escuelas en el mundo práctico, con una apertura a nuevas fuentes de saber y a la conversión en espacios de exploración e invención. Esto puede ser muy beneficioso para la implementación de programas de estilo de vida saludables haciendo uso de la tecnología en las unidades educativas. La enseñanza y la educación se transforman en una doble dimensión: intelectual y práctica, con una renovación de sus principios y la transformación de sus infraestructuras. Esta es su apuesta para los próximos años. Con la aparición de la imprenta, la humanidad empezó a existir mediante los libros y el lenguaje oral retrocede ante lo impreso. Pero con el paso del tiempo, el dibujo, fotografía, cine, vídeo, hacen que lo textual retroceda. La comunicación y la imagen se basan más en ellos, en los teléfonos, en los ordenadores, la televisión... Con la digitalización de la imagen, se consolida una escritura con las mismas funciones que la alfabética en su día respecto al lenguaje oral. Aparece también una nueva forma de abstracción. Los hipermedios representan la nueva situación comunicativa, pues permiten múltiples recorridos. Convergen muchos lenguajes en la competencia hipermedia. Es un nuevo estadio de evolución. Como consecuencia, el estudio del

lenguaje debe integrar las aportaciones de la teoría de la comunicación. (Pérez Tornero, 2010).

4.4. LA COMUNICACIÓN PARA LA SALUD

Las teorías o los modelos del cambio de comportamiento postulan que la adopción de comportamientos sanos es un proceso en el cual los individuos avanzan, a través de diversas etapas, hasta que el nuevo comportamiento se convierta en parte de la vida diaria. Los modelos recalcan que los mensajes y programas transmitidos por los medios de comunicación son más eficaces en las etapas iniciales, y que las comunicaciones interpersonales y las redes comunitarias de apoyo social son sumamente importantes durante las etapas posteriores. La información y la comunicación en salud son fundamentales para la adopción de modos de vida sanos, en forma individual y colectiva. "Dado que el comportamiento humano es un factor primordial en los resultados de salud, las inversiones sanitarias deben centrarse tanto en los comportamientos como en los establecimientos de salud y la prestación de servicios. La solución de los problemas de salud requiere que las personas comprendan y estén motivadas para adoptar o cambiar ciertos comportamientos. Por lo tanto, la comunicación eficaz debe formar parte de cualquier estrategia de inversión sanitaria" (Banco Mundial, 1998).

La (OPS) ha tenido una participación destacada en la promoción de la salud y el bienestar, gracias a sus programas de comunicación para la salud. En 1986, la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud la definió como "el proceso de facultar a las personas para que aumenten el control que tienen sobre su salud para mejorarla"(Coe, 1998).

Los medios de comunicación son actores claves para la promoción de la salud. La comunicación para la salud es definida como "la modificación del comportamiento humano y los factores ambientales relacionados con ese comportamiento, que directa o indirectamente promueven la salud, previenen

enfermedades o protegen a los individuos del daño“, "un proceso de presentar y evaluar información educativa persuasiva, interesante y atractiva que dé por resultado comportamientos individuales y sociales sanos" (Coe, 1998).

Los elementos claves de un programa de comunicación para la salud son el uso de la teoría de la persuasión, la investigación y segmentación de la audiencia y un proceso sistemático de desarrollo de programas" (Coe, 1998).

Diversos estudios han demostrado que la comunicación interpersonal, juega un papel importante en la difusión de conocimientos, en la modificación o reforzamiento de conductas, valores y normas sociales, que contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida. Diversos autores presentan una visión del hecho comunicativo, cuya premisa básica es suponer que ésta, la comunicación, no es un hecho completamente voluntario. Se da la comunicación cuando dos o más personas están en "situación" de relación (Ferrer, Sánchez 2002; Watzlawick, Beavin, Jackson, 1967).

Esta comunicación es involuntaria, no existe un emisor y un receptor, ambos actúan como tales simultáneamente. Estamos obligados a comunicarnos, dicen los estudiosos de Palo Alto, no podemos huir de la comunicación.

El concepto de comunicación también lo entendemos de forma participativa, interactiva y de multimedición, lo cual implica que tanto el emisor como el receptor son productores de sentido, no se intercambian mensajes aislados, sino insertos en conjuntos textuales. Esta comunicación necesaria debe apuntar a respetar la cultura de los otros y favorecer los procesos de empoderamiento y resiliencia, entendiendo ésta como una destreza psicosocial, ya que la comunicación forma parte de las habilidades para la vida determinadas por el departamento de salud mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1993). Existen diferentes modelos y teorías de la comunicación aplicados en contextos de salud, los cuales han sido ampliamente desarrollados. (Del Valle, 2002; Del Valle y Cofre, 2009)

Existe un creciente interés fundamentado en las observaciones empíricas de los grupos de mujeres estudiados, de abordar la investigación explorando el concepto de apoyo social, en lo general, y de la red de apoyo social, en lo particular por el papel que desempeña este constructo en la etiología de diversas enfermedades y problemáticas psicosociales, ya que los vínculos sociales, la integración social y las relaciones interpersonales han sido consideradas como elementos determinantes de la calidad de vida individual. La evidencia procedente del estudio de los efectos negativos del aislamiento social, refuerza la conclusión de que las relaciones sociales son un elemento crítico en el bienestar de las personas.

Es importante también explorar el papel que puede desempeñar en programas de prevención, tratamiento y rehabilitación. De acuerdo con la propuesta teórica pionera de Caplan (1974), los sistemas de apoyo social suministran a las personas las "provisiones psicosociales" necesarias para mantener la integridad física y psicológica a lo largo de su desarrollo evolutivo (Caro S., 2015).

4.5. EL ROL DEL APOYO SOCIAL

Precisamente, en la presente investigación la variable apoyo interpersonal es considerada en su relevancia en tanto red de apoyo social de las personas, la cual por sus características prescriptivas permite, como se verá, un mejor aprovechamiento de las estrategias comunicacionales implementadas.

Algunos autores sugieren que es necesario reconocer que el término apoyo social es de carácter multidimensional y su conceptualización depende de la perspectiva conceptual que se aborde. De acuerdo a algunos investigadores la conducta de una persona es comprendida plenamente en el contexto de la interacción familiar y de la propia historia de la persona como lo señala Pichón (Pichón Riviére, 1957).

De acuerdo con Pérez y Martín (1997) las cuatro perspectivas conceptuales,

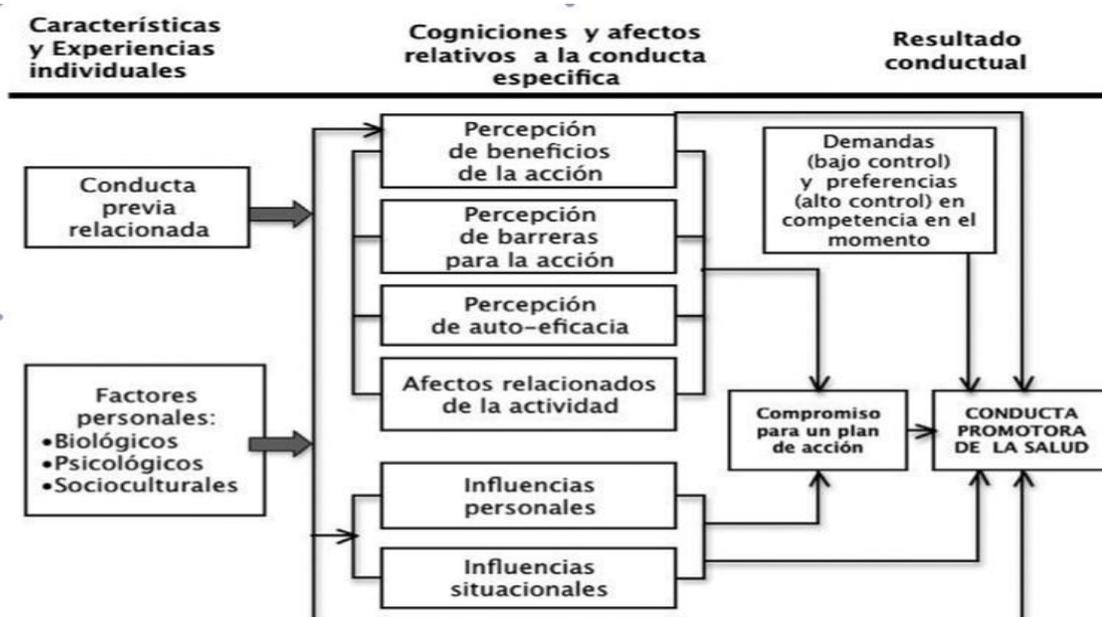
que los autores identifican como perspectivas teóricas y/o niveles de análisis, que sobre el apoyo social se ha desarrollado son las que explican el apoyo social como integración social, relaciones de calidad, ayuda percibida y actualización de las conductas de apoyo. Estas perspectivas o aproximaciones conceptuales no deben considerarse excluyentes sino complementarias. La primera perspectiva conceptual del apoyo social es aquella que lo aborda como integración social. Esta perspectiva se centra en el número y fuerza de las asociaciones de una persona con los otros significativos. No se asocia a la calidad de las relaciones sino a las características estructurales de la red social de una persona, están asociadas a la vida cotidiana, son las que ayudan a llevar adelante nuestras vidas, se trata de las personas con quienes se conversa, trabaja, o se comparten tareas domésticas, también puede presentarse como "grupo terapéutico", conjunto de personas que acompañan; por ejemplo, en el proceso de embarazo de la mujer (Lamas, 2007). La perspectiva del apoyo social como "relaciones de calidad" añade una importante cuestión a la anterior. Desde este punto de vista se atiende a la calidad de las relaciones aunque éstas no sean muy numerosas. Son varias las vías por las que pueden influir unas relaciones de calidad sobre la salud y bienestar psicológico: contribuyen a satisfacer las necesidades de afiliación, cubren las necesidades de afecto, proporcionan un sentimiento de identidad y pertenencia, son fuente de evaluación positiva, proporcionan sentimientos de control de la situación, etc. Una tercera perspectiva contempla el apoyo social como "ayuda percibida". En este caso se hace referencia a la percepción de que en situaciones problemáticas hay en quien confiar y a quien pedir apoyo. La percepción de que existe ayuda disponible por parte de otros, puede hacer que la magnitud estresora de un evento aversivo se perciba reducida. La última perspectiva se focaliza en la "actualización de tales conductas de apoyo". Es decir, se hace referencia en las conductas reales, al despliegue efectivo y concreto de tal apoyo.

El incremento en la esperanza de vida y el anhelo de lograr y mantener estilos de vida saludables, han suscitado investigar las redes de apoyo social con el propósito de conocer el grado de bienestar e impacto que estas ejercen sobre las personas para

motivar y fortalecer conductas promotoras de salud.

4.6. ESTILO DE VIDA PROMOTOR DE SALUD (EVPS)

El Estilo de Vida Promotor de Salud es un instrumento creado por Nola Pender, junto a otras investigadoras de la Universidad de Massachussets, EE.UU (Walker, Kerr, Pender, & Sechrist, 1990). Basado en las respuestas de 952 adultos en comunidades del medio oeste de este país, el perfil de Estilo de Vida Promotor de Salud fue evaluado usando análisis de ítem, análisis de factores, y medidas de confiabilidad. El análisis de factores aisló seis dimensiones: Autorrealización, Responsabilidad en Salud, Ejercicio, Nutrición, Apoyo Interpersonal y Manejo de Estrés. Estos seis factores fueron el 47.1% de la varianza en la medición de los 48 ítems. Los análisis de factor de segundo orden dieron un solo factor, interpretado como Estilo de Vida Promotor de Salud. El coeficiente de confiabilidad Alfa para la escala total es .922; los coeficientes alfa para las sub-escalas varían desde .702 a .904. Una evaluación posterior con diferentes poblaciones parece justificarse. Este instrumento capacitará a los investigadores para estudiar modelos y determinantes de estilos de vida promotores de salud, así como los efectos de intervenciones para alterar el estilo de vida, toda esta perspectiva Pender la integra en el siguiente diagrama del modelo de Promoción de la Salud: (Véase diagrama inferior).



Fuente: Modelo de Salud de Pender, 1987.

En este esquema se pueden ubicar los componentes por columnas de izquierda a derecha; la primera trata sobre las características y experiencias individuales de las personas y abarca dos conceptos: conducta previa relacionada y los factores personales.

El primer concepto se refiere a experiencias anteriores que pudieran tener efectos directos e indirectos en la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud. El segundo concepto describe los factores personales, categorizados como biológicos, psicológicos y socioculturales, los cuales de acuerdo con este enfoque son predictivos de una cierta conducta, y están marcados por la naturaleza de la consideración de la meta de las conductas.

Los componentes de la segunda columna son los centrales del modelo y se relacionan con los conocimientos y afectos (sentimientos, emociones, creencias) específicos de la conducta y comprende 6 conceptos; el primero corresponde a los beneficios percibidos por la acción, que son los resultados positivos anticipados que se producirán como expresión de la conducta de salud; el segundo se refiere a las

barreras percibidas para la acción, alude a las apreciaciones negativas o desventajas de la propia persona que pueden obstaculizar un compromiso con la acción, la mediación de la conducta y la conducta real; el tercer concepto es la auto eficacia percibida, que constituye uno de los conceptos más importantes en este modelo porque representa la percepción de competencia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta, conforme es mayor aumenta la probabilidad de un compromiso de acción y la actuación real de la conducta. La eficacia percibida de uno mismo tiene como resultado menos barreras percibidas para una conducta de salud específica. El cuarto componente es el afecto relacionado con el comportamiento, son las emociones o reacciones directamente afines con los pensamientos positivos o negativos, favorables o desfavorables hacia una conducta; el quinto concepto habla de las influencias interpersonales, se considera más probable que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de salud cuando los individuos importantes para ellos esperan que se den estos cambios e incluso ofrecen ayuda o apoyo para permitirlos; finalmente, el último concepto de esta columna, indica las influencias situacionales en el entorno, las cuales pueden aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de salud.

Los diversos componentes enunciados se relacionan e influyen en la adopción de un compromiso para un plan de acción, concepto ubicado en la tercera columna y que constituye el precedente para el resultado final deseado, es decir para la conducta promotora de la salud; en este compromiso pueden influir además, las demandas y preferencias contrapuestas inmediatas. En las primeras se consideran aquellas conductas alternativas sobre las que los individuos tienen un bajo control porque existen contingentes del entorno, como el trabajo o las responsabilidades del cuidado de la familia, en cambio las preferencias personales posibilitan un control relativamente alto sobre las acciones dirigidas a elegir algo. En síntesis, el Modelo plantea las dimensiones y relaciones que participan para generar o modificar la conducta Promotora de la Salud, ésta es el punto en la mira o la expresión de la

acción dirigida a los resultados de la salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva (Walker, Sechrist, & Pender, 1987).

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo General

Conocer la efectividad de la estrategia comunicativa, con la cual se implantó e implementó en la comunidad, la intervención educativa relativa a evaluar el EVPS de acuerdo a Pender.

5.2. Objetivos Específicos

Determinar la efectividad de la estrategia comunicativa, para cada una de las sub-escalas o factores de vida saludable del EVPS de Pender, tales como autorrealización, responsabilidad de salud, ejercicio, nutrición, apoyo interpersonal y manejo de estrés.

Identificar los elementos que permitieron adoptar conductas promotoras de salud, así como los elementos que lo impidieron, para cada una de las sub-escalas o factores de vida saludable del EVPS de Pender, tales como autorrealización, responsabilidad de salud, ejercicio, nutrición, apoyo interpersonal y manejo de estrés.

5.3.- Hipótesis

El EVPS que presenta la muestra en el período de re-test en el año 2010, luego de ocho años de finalizada la intervención educativa, no presenta diferencias significativas, en comparación con el período de post-test del año 2002, producto de la adecuada estrategia comunicativa implementada en dicha intervención, lo que será corroborado por la coherencia de la investigación cuantitativa de acuerdo al modelo Pender y cualitativa por los análisis argumentativos derivados de las Entrevistas En Profundidad y reflejados por los mapas conceptuales.

6. METODOLOGIA

Esta investigación contempla dos metodologías, una cuantitativa y otra cualitativa, recogiendo una multivariabilidad que considera territorio, género, nivel socioeconómico y estudios.

Para la metodología cuantitativa se aplicó un instrumento que permite medir el estilo de vida de las personas y contrastarlas contra sí mismas, estudiando la asociación o relación entre variables cuantificadas, la generalización y objetivación de los resultados a través de una muestra para hacer inferencia a una población, para ello usamos pruebas estadísticas no paramétricas como lo es la prueba del signo para contrastarlas contra sí mismas en pre-test, post-test y re-test.

6.1. Estudio de la Comunidad: Antecedentes demográficos

El estudio inicial se llevó a cabo durante el año 2002, en la comuna de Villarrica, la cual se encuentra ubicada a 87 Km. de la ciudad de Temuco, Chile. Cuenta con una población de 51.511 habitantes (INE. 2013) de los cuales 67% (34.512) corresponde a población urbana y el 33% (16.999) a población rural. En las familias de la comuna prevalecen enfermedades como la hipertensión arterial, la diabetes, patologías digestivas y el cáncer, principalmente gástrico. Estas enfermedades crónicas se relacionan con el estilo de vida que se practique y corresponden al principal problema de salud del adulto entre 20 y 65 años en Chile, provocando dos tercios de la mortalidad en este grupo.

6.2.- Diseño del Estudio

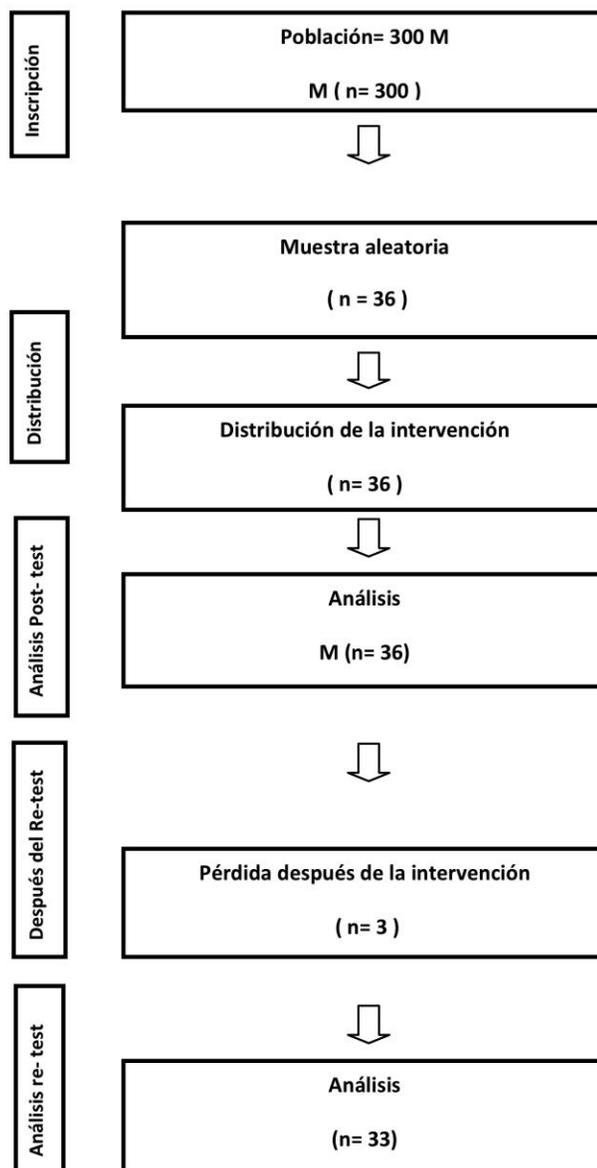
El estudio piloto efectuado en el año 2002 fue experimental, comparativo y de cohorte única. El estudio que se realizó entre los años 2010 y 2014, corresponde a un estudio longitudinal y comparativo, entre los resultados del programa EVPS obtenidos en el post-test en el estudio del año 2002 y en el re-test en el año 2010, contrastando estos indicadores estadísticos expresados como resultados con el análisis

de las entrevistas en profundidad (EEP) aplicadas a las mujeres de la comuna de Villarrica en Chile.

6.3. Población y Selección de la Muestra

La población del año 2002 estuvo compuesta por 300 mujeres de la comuna de Villarrica, Novena región de Chile, con edades entre 20-45 años. Se seleccionó una muestra aleatoria de 36 mujeres, quienes se enrolaron en el programa EVPS. Estas personas fueron comparables, ya que las mujeres se consideraban dueñas de casa, con trabajos de media jornada y ocasionales en algunos casos, tenían a su cargo la responsabilidad del hogar, cuidado de los niños, preparación de los alimentos, pertenecían a un estrato socioeconómico similar (SES) (medio-bajo SES) y un nivel escolar (enseñanza media completa e incompleta en algunos casos). Esta muestra fue objeto de seguimiento en el presente estudio según se indica en la Figura 7, y en la misma no fue posible ubicar solo a 3 mujeres.

Figura 7. Diagrama de flujo de los sujetos seleccionados en la muestra y tasas de participación durante el Programa de Estilo de Vida Promotor de Salud basado en el Modelo de Pender años 2002 en pre y post test y año 2010 en re test.



6.4. Estudios Efectuados en el Año 2002

6.4.1. Estrato socio-económico (SES)

Fue evaluado aplicando el método de Graffar modificado adaptado a la población urbana de Chile, que considera el nivel de escolaridad y ocupación del jefe del hogar, y características de la vivienda (calidad, tenencia, abastecimiento de agua, eliminación de excretas y bienes del hogar) (Álvarez et al. 1985). Esta escala clasifica una población en 6 estratos socioeconómicos: 1= Alto; 2= Medio alto; 3= Medio; 4= Medio-bajo; 5= Bajo y 6= Extrema pobreza.

6.4.2. Versión en Español del instrumento EVPS

La versión en español fue luego administrada a un grupo diverso, pero predominantemente mejicano-americano, correspondiente a 485 hispanos residentes en áreas metropolitanas y rurales que las circundan. En un análisis de factores de componentes principales, todos menos un ítem, pesaron significativamente en seis factores similares a aquellos aislados previamente, durante la evaluación psicométrica de la versión inglesa. Aquellas seis dimensiones comprenden las sub-escalas del estilo de vida promotor de salud de: Autorrealización, Responsabilidad en Salud, Ejercicio, Nutrición, Apoyo Interpersonal y Manejo del Estrés. Los seis factores explicaron el 45.9% de la varianza en la medida. El análisis de factores de segundo orden entrega un solo factor, interpretado como estilo de vida promotor de salud. El coeficiente de confiabilidad alfa para la escala total fue .93 y 2 semanas después del test re-test, la confiabilidad fue .86; Los coeficientes alfa para las sub escalas estuvieron en el rango .70 a .87.

El instrumento fue elaborado por Walker, Sechrist y Pender en el año 1987, teniendo como base una escala psicométrica formulada por las mismas autoras y quienes validaron su versión castellana en el año 1990 (Walker, Kerr, Pender, & Sechrist, 1990; Walker, Sechrist, & Pender, 1987). Esta escala está formada por 48

ítems, en los cuales las mujeres entrevistadas indicaron la frecuencia con la que realizan cada actividad comprendida en ellos. Este instrumento permite valorar el Estilo de Vida Promotor de Salud Total y sus seis dimensiones: Autorrealización, Responsabilidad en Salud, Ejercicio, Nutrición, Apoyo Interpersonal y Manejo del estrés.

La puntuación de los ítems va de 1 a 4 siendo: Nunca (N); A veces (V); Frecuentemente (F); Siempre (S)

Este instrumento consta de una escala total y seis sub escalas, que incluyen los siguientes ítems:

Estilo de Vida Promotor de Salud	:	1 al 48
Autorrealización:		3, 8, 9, 12, 16, 17, 21, 23, 29, 34, 37, 44, 48.
Responsabilidad de salud		2, 7, 15, 20, 28, 32, 33, 42, 43, 46.
Ejercicio:		4, 13, 22, 30, 38
Nutrición:		1, 5, 14, 19, 26, 35.
Apoyo Interpersonal		10, 18, 24, 25, 31, 39, 47.
Manejo del estrés:		6, 11, 27, 36, 40, 41, 45.

La puntuación para la escala total es calculada con el promedio para las respuestas de la entrevistada a los 48 ítems y, de forma similar, se procede para obtener las puntuaciones de las seis sub escalas.

6.4.3. Diseño metodológico del Programa de Estilo de Vida Promotor de Salud (PEVPS)

El PEVPS fue desarrollado según el diseño metodológico que se indica en la Tabla 1.

AÑO	PERIODO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	DURACION Abril-junio 2002	METODO DE APRENDIZAJE O ACTIVIDADES	MATERIALES DIDACTICOS AUDIOVISUALES	EVALUACION
2002	Diagnóstico (Pre-test)	Determinar Autorrealización, Responsabilidad en Salud, Ejercicio, Nutrición, Conducta, Apoyo Interpersonal, Manejo del Estrés.	1 sesión	Aplicación de la escala de Pender de 48 ítem.	Tests	Diagnostico
	Programa de Estilo de Vida Promotor de Salud (PEVPS)	Lograr cambios positivos en Autorrealización, Responsabilidad en Salud, Ejercicio, Nutrición, Apoyo interpersonal, Manejo del Estrés	1 Sesión 1 sesión 1 Sesión 20 Sesiones 13 sesión 1 Sesión 1 Sesión 1 Sesión 1 Sesión 1 sesión 1 Sesión 1 Sesión 1 Sesión 1 Sesión 1 Sesión 1 Sesión	Beneficios del: Aire puro Descanso Luz solar Ejercicio Practicas de cocina Agua Dominio propio Manejo de Estrés Responsabilidad en salud Nutrición: Proteínas Carbohidratos Grasas Vitaminas Minerales Fibra dietaria	Audiovisuales usando Proyector de Video, películas, power point Practicas aeróbicas Elementos de cocina	Formativa, principalmente a través de juegos didácticos
	Evaluación (Post-test)	Determinar Autorrealización, Responsabilidad en Salud, Ejercicio, Nutrición, Conducta, Apoyo Interpersonal, Manejo del Estrés.	1 sesión	Aplicación de la escala de Pender de 48 ítem.	Tests	Evaluativo
2010	Re-evaluación (Re-test)	Determinar Autorrealización, Responsabilidad en Salud, Ejercicio, Nutrición, Conducta, Apoyo Interpersonal, Manejo del Estrés.	1 sesión	Aplicación de la escala de Pender de 48 ítem.	Tests	Evaluativo

Tabla 1. Diseño Metodológico.; PEVPS = Programa de Estilo de Vida Promotor de Salud año.

6.4.4. Período de Diagnóstico o Pre-test

El objetivo del período de pre-test efectuado en el año 2002 fue determinar a manera de diagnóstico, las conductas de EVPS global, y de seis dimensiones, es decir, Autorrealización, Responsabilidad en Salud, Ejercicio, Nutrición, Apoyo Interpersonal, Manejo del Estrés. Para tal efecto, se aplicó a las mujeres el instrumento para medir el EVPS de Pender (Persky, Chatterton, Van Horn, Grant, Langenberg, Marvin, 1992)

6.4.5. Intervención Educativa mediante el PEVPS

El objetivo del PEVPS fue lograr cambios positivos de comportamiento tanto en el EVPS global, como en las seis dimensiones del PEVPS, es decir, en Autorrealización, Responsabilidad en Salud, Ejercicio, Nutrición, Apoyo Interpersonal, Manejo del Estrés. Para tal efecto, el PEVPS se desarrolló para el grupo, durante tres meses con treinta y tres sesiones de trabajo. El PEVPS consistió en un programa de Comunicación para la Salud de carácter cognitivo-perceptual, en el cual se enfatizó especialmente, los beneficios del aire puro, descanso, luz solar, agua, manejo y control del estrés, responsabilidad en salud y nutrición haciendo uso de materiales audiovisuales para ilustrar las charlas expositivas, así como comunicación interpersonal como refuerzo a la intervención. Se desarrollaron talleres de cocina saludable dos horas por semana, por un período de trece semanas, en las cuales las mujeres practicaron recetas de cocina saludable. Después de las clases teóricas acerca de los beneficios del ejercicio, las mujeres asistieron a gimnasia aeróbica dos veces por semana, cada sesión con una duración de una hora y, con un total de 20 horas de dedicación a esta dimensión.

6.4.6. Período de Evaluación o Post test

El período de post-test comenzó tres meses después de finalizado el PEVPS efectuado en el año 2002. El objetivo fue determinar el impacto del PEVPS, en las conductas de EVPS global, como en las seis dimensiones, es decir, Autorrealización,

Responsabilidad en Salud, Ejercicio, Nutrición, Apoyo Interpersonal, Manejo del Estrés. Para tal efecto, se aplicó el instrumento para medir el EVPS de Pender al igual que en el período de pre-test. (Persky, et al., 1992).

6.5.- ESTUDIOS EFECTUADOS EN EL AÑO 2010

6.5.1.- Período de Re-evaluación o Re-test

El período de re-test se efectuó en el año 2010, es decir, ocho años después de finalizado el PEVPS. El objetivo fue determinar el impacto del programa, a largo plazo, tanto en las conductas de EVPS global, como en las seis dimensiones, es decir, Autorrealización, Responsabilidad en Salud, Ejercicio, Nutrición, Apoyo Interpersonal, Manejo del Estrés. Para tal efecto, se aplicó el instrumento para medir el EVPS de Pender, al igual que en el período de pre-test y post-test. (Persky, et al., 1992)

6.5.2. Análisis Estadístico

Los resultados son expresados como mediana, modo, rango y cuartiles (PROC UNIVARIATE), utilizando el software Statistical Analysis System Package (SAS, 1983). Trabajamos con medianas al igual que en las investigaciones anteriores con el propósito de contrastar con esos resultados, también es importante en este estudio conocer la distribución de los valores en la muestra, ya que la mediana es el valor que corta el 50% de los datos hacia arriba y abajo, es un valor central, las medias aritméticas están en los anexos, no se usarán ya que se debería suponer que cada observación (persona) tendría la misma cantidad de la variable. Una de las limitaciones de la media es que se ve afectada por valores extremos; valores muy altos tienden a aumentarla mientras que valores muy bajos tienden a bajarla, lo que implica que puede dejar de ser representativa de la población.

Este análisis estadístico incluirá la prueba del Signo (PROC UNIVARIATE), para determinar diferencias significativas en cada dimensión del EVPS, al aplicar el instrumento después de ocho años, logrando la participación de al menos el 92 % de la muestra encuestada el año 2002 (Guilford, Fruchter, 1984; Kamieneski, Brown, Mitchell, Perrin, Dindial, 2000).

7. DISEÑO CUALITATIVO

La metodología cualitativa complementa a la cuantitativa usada en los estudios del 2002 y 2010. Así, hemos usado técnicas de observación de los participantes y entrevista en profundidad, EEP, a través de una matriz de análisis argumentativo que nos permita crear un mapa conceptual, basado en los contextos estructurales y situacionales, para identificar la naturaleza profunda de las realidades, su sistema de relaciones, su estructura dinámica.

Se aplicará la técnica de análisis argumentativo, a partir de la propuesta elaborada por Giménez (1988), la cual se llevará a cabo tomando en consideración dos componentes: el Sintagmático y el Paradigmático. Ambos conceptos permitirán por un lado, reconstruir analíticamente la esquematización de la realidad de su comportamiento que interesa tomando como referencia la argumentación y, por otro, identificar y explicar el mapa conceptual a partir del análisis argumental, tomando en consideración los argumentos como expresiones de una particular representación de la realidad, sustentadas en ideogramas referidos a su comportamiento. Dicho de otra manera, a partir de los elementos argumentales que integran su discurso, los participantes del PPEVS esquematizan su realidad.

Empleamos ambos procedimientos, cuantitativos y cualitativos en esta investigación, porque creemos que ayudará a corregir los sesgos propios de cada método.

El objetivo fue determinar la permanencia en el tiempo del cambio de comportamiento después de la intervención educativa realizada hace ocho años. En otros términos, este instrumento sirvió para determinar los elementos que incidieron en mantener o no, los cambios en el EVPS tanto en lo conceptual, procedimental, actitudinal, emotivo y de compromiso familiar. La información se obtuvo mediante un cuestionario estructurado a través de preguntas de tipo abierta. Se ha diseñado un protocolo, el que tiene como propósito cautelar la información obtenida en la entrevista en profundidad y conciliarla con la información adquirida por medio de la escala psicométrica de Pender (Bonilla 2007).

El diseño cualitativo de la investigación se sustenta en la Entrevista en Profundidad como técnica de obtención de datos o información y en el modelo de análisis argumental como técnica de análisis de dichos datos.

7.1. OBJETIVOS DE LA TECNICA DE ANALISIS ARGUMENTATIVO

En esta investigación se emplea el modelo de análisis argumentativo, porque permite:

1. Interpretar la realidad del comportamiento asociado a los factores de Estilo de vida Saludable en mujeres de la comuna de Villarrica, a través del discurso de los propios sujetos como agentes sociales.
2. Facilitar la reflexión a través del diálogo
3. Identificar relaciones en el discurso de los agentes sociales involucrados.
4. Identificar una tipología de conductas Promotoras de Vida saludable
5. Identificar elementos que permitan explicar las conductas de EVS para futuras intervenciones

7.1.1. Objetivos específicos del estudio

Objetivos específicos:

- 1) Identificar los elementos que han permitido que se mantengan los cambios de comportamiento logrados por medio de la intervención educativa, Programa Promotor de Estilo de Vida Saludable (PPEVS), llevada a cabo en el año 2002.

- 2) Identificar los elementos que han impedido que se mantengan los cambios de comportamiento logrados por medio de la intervención educativa.

7.2. DISEÑO DE LA ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD (EEP)

7.2.1. Núcleo Temático 1: Autorrealización

Subtemas:

7.2.1.1 Actitud frente a la vida:

- 1) Respeto y cuidado de sí misma
- 2) Sobre el entusiasmo y optimismo
- 3) La forma en que se enfrenta a diario a la vida.

7.2.1.2. Felicidad

- 1) Sus fortalezas, así como de sus debilidades para enfrentar la vida.
- 2) Conciencia de sus fuerzas y debilidades
- 3) Apoyo de otros para metas a corto, mediano y largo plazo que se propone.

7.2.1.3. Interés en el futuro

- 1) Sabe lo que quiere conseguir en esta vida
- 2) Respeta sus logros y éxitos
- 3) Percepción de cada nuevo día

7.2.1.4. Ambiente en que vive

- 1) Defina el ambiente en el cual vive (Lugar)
- 2) Familia
- 3) Amigos
- 4) Vecinos

7.2.1.5. Propósito de vida

- 1) Vida con un propósito en este mundo
- 2) Es consciente de sus desafíos

7.2.2. Núcleo Temático 2: Responsabilidad en Salud**Subtemas:****7.2.2.1. Interés en Salud**

- 1) Lectura sobre salud
- 2) Examina usted misma su cuerpo para detectar anomalías.
- 3) Asiste a programas educativos sobre el cuidado personal de salud

7.2.2.2. Visitas al médico

- 1) Refiere al médico síntomas extraños
- 2) Chequeo
- 3) Exámenes

7.2.3. Núcleo Temático 3: Ejercicio**Subtemas:****7.2.3.1. Ejercicio físico**

- 1) Caminatas, nadar, deportes
- 2) Dirigido en forma sistemática
- 3) Tiempo empleado semanalmente

7.2.4. Núcleo Temático 4: Nutrición

Subtemas:

7.2.4.1. Cantidad de veces que come al día

- 1) Come al levantarse por la mañana
- 2) Come entre comidas

7.2.4.2. Tipo de alimentos que consume a diario

- 1) Frutas, verduras, cereales
- 2) Lácteos
- 3) Grasas
- 4) Carne roja
- 5) Carnes blancas
- 6) Sólo vegetales

7.2.4.3. Frecuencia semanal

- 1) Una vez por semana
- 2) Dos veces por semana
- 3) Tres veces por semana
- 4) Más de tres veces por semana

7.2.5. Núcleo Temático 5: Apoyo interpersonal

Subtemas:

7.2.5.1. Relación con la familia y amigos íntimos

- 1) Comparte con ellos sus preocupaciones
- 2) Relación con los vecinos

7.2.5.2. Elogia fácilmente

- 1) Los éxitos de otros

7.2.5.3. Demostración de afectos

- 1) Manera de demostrar sus afectos
- 2) Expresión de dar y recibir cariño

7.2.6. Núcleo Temático 6: Manejo del estrés**Subtemas:****7.2.6.1. Descanso**

- 1) Tiempo de descanso diario
- 2) Descanso semanal
- 3) Descanso anual

7.2.6.2. Es consciente de las fuerzas de tensión y preocupación en su vida

- 1) Manejo de conflictos, problemas
- 2) Manejo de tensiones

7.2.6.3. Forma en que controla la preocupación y tensión

- 1) Métodos específicos
- 2) Relaja los músculos antes de dormir

7.2.6.4. Pensamiento

- 1) Piensa en cosas agradables antes de dormir.

7.3. FICHAS TEMATICAS PARA APLICAR LA ENTREVISTA

Estas fichas temáticas son una guía para el entrevistador, de manera tal que tenga presente los temas y subtemas a investigar en el momento que realiza la EEP. Se imprimen en hoja en tamaño ½ carta. A continuación observamos la información contenida en las diferentes Fichas empleadas:

TITULO DEL PROYECTO: "Efectividad de un Programa de Intervención en Educación para la Salud: Sus Aportes desde el Modelo de Pender"

FICHA TEMÁTICA No. IA

I. Núcleo Temático 1: Autorrealización

Hoy vamos a hablar sobre su actitud frente a la vida y los elementos que han contribuido a su realización o no realización.

Subtemas:

A1. Actitud frente a la vida:

Respeto y cuidado de sí misma

Sobre el entusiasmo y optimismo

La forma en que se enfrenta a diario a la vida.

A2. Felicidad

Sus fortalezas, así como de sus debilidades para enfrentar la vida.

Conciencia de sus fuerzas y debilidades

Apoyo de otros para metas a corto, mediano y largo plazo que se propone

Interés en el futuro

Sabe lo que quiere conseguir en esta vida

Respeto sus logros y éxitos

Percepción de cada nuevo día

A.3. Ambiente en que vive

Defina el ambiente en el cual vive

Lugar

Familia

Amigos

Vecinos

A.4. Propósito de vida

Vida con un propósito en este mundo

Es consciente de sus desafíos

A.5. Qué ha permitido su realización

TITULO DEL PROYECTO: "Efectividad de un Programa de Intervención en Educación para la Salud: Sus Aportes desde el Modelo de Pender"

FICHA TEMÁTICA No. IB

I. Núcleo Temático 2: Responsabilidad en Salud

Me gustaría que hablemos sobre lo que significa salud para usted y el procedimiento que usted sigue al enfrentar problemas de salud.

Elementos que le ayudan y elementos que le impiden.

Subtemas:

B.1. Interés en Salud

Lectura sobre salud

Examina usted misma su cuerpo para detectar anomalías.

Asiste a programas educativos sobre el cuidado personal de salud

B.2. Visitas al médico

Refiere al médico síntomas extraños

Chequeo

Exámenes

TITULO DEL PROYECTO: "Efectividad de un Programa de Intervención en Educación para la Salud: Sus Aportes desde el Modelo de Pender"

FICHA TEMÁTICA No. IC

I. Núcleo Temático 3: Ejercicio

Hablemos acerca de su rutina diaria desde que se levanta por la mañana hasta que se acuesta por la noche, así como lo que le ayuda al hacer ejercicio físico como lo que le impide.

Subtemas:

C.1.Ejercicio físico

Caminatas, nadar, deportes

Dirigido en forma sistemática

Tiempo empleado semanalmente

TITULO DEL PROYECTO: "Efectividad de un Programa de Intervención en Educación para la Salud: Sus Aportes desde el Modelo de Pender"

FICHA TEMÁTICA No. ID

I. Núcleo Temático 4: Nutrición

Hablemos acerca de su rutina diaria de comidas, desde que se levanta por la mañana hasta que se acuesta por la noche, comentando que cosas le facilitan su nutrición y que le impide una nutrición adecuada.

Subtemas:

D.1. Cantidad de veces que come al día

Come al levantarse por la mañana

Come entre comidas

D.2. Tipo de alimentos que consume a diario

Frutas, verduras, cereales

Lácteos

Grasas

Carne roja

Carnes blancas

Sólo vegetales

D.3. Frecuencia semanal

Una vez por semana

Dos veces por semana

Tres veces por semana

Más de tres veces por semana

TITULO DEL PROYECTO: "Efectividad de un Programa de Intervención en Educación para la Salud: Sus Aportes desde el Modelo de Pender"

FICHA TEMÁTICA No. IE

I. Núcleo Temático 5: Apoyo interpersonal

Hablemos acerca de la forma en que enfrenta los problemas, comentando, qué la lleva a enfrentarlos de esta forma y que impide manejarlos de otra.

Subtemas:

E.1. Relación con la familia y amigos íntimos

Comparte con ellos sus preocupaciones

Relación con los vecinos

E.2. Elogia fácilmente

Los éxitos de otros

E.3. Demostración de afectos

Manera de demostrar sus afectos

Expresión de dar y recibir cariño

TITULO DEL PROYECTO: "Efectividad de un Programa de Intervención en Educación para la Salud: Sus Aportes desde el Modelo de Pender"

FICHA TEMÁTICA No. IF

I. Núcleo Temático 6: Manejo del estrés

Hablemos acerca de la forma en que maneja las tensiones en su vida y por qué las maneja de esa forma.

Subtemas:

F.1. Descanso

Tiempo de descanso diario

Descanso semanal

Descanso anual

F.2. Es consciente de las fuerzas de tensión y preocupación en su vida

Manejo de conflictos, problemas

Manejo de tensiones

F.3. Forma en que controla la preocupación y tensión

Métodos específicos

Relaja los músculos antes de dormir

F.4. Pensamiento

Piensa en cosas agradables antes de dormir.

7.4. SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES DE LA EEP

7.4.1. Universo

Se le aplicó la entrevista en profundidad a los participantes del Programa Promotor de Estilo de Vida Saludable, Intervención llevada a cabo en el año 2002 en la ciudad de Villarrica, Chile.

7.4.2. Tipo de Muestreo

Se aplicó el muestreo de “Informante clave” a partir de la muestra tomada los años 2002 y 2010 de las participantes, la elección fue hecha considerando su disposición para proporcionar información.

7.4.3. Criterios básicos de selección de participantes

7.4.3.1. Mujeres participantes

Que hayan participado del PPEVS

Grupo etario 25- 35 años de edad

Grupo etario 36- 55 años de edad

Nivel educacional Básico

Nivel educacional medio

Trabaja

No trabaja

7.4.4. Tamaño Muestral de los Participantes EEP

GRUPO ETARIO	Nº MUJERES
25 – 35	2
36 – 55	2
NIVEL EDUCACIONAL	Nº MUJERES
Enseñanza Básica	2
Enseñanza media	2
SITUACIÓN LABORAL	Nº MUJERES
Trabaja fuera de casa	2
No trabaja fuera de casa	2
	12

Tabla 2: Tamaño muestral de los participantes

7.5. PRUEBA PILOTO

La prueba piloto del protocolo de Entrevista En Profundidad EEP (Validación del Instrumento), se llevó a cabo con Mujeres, que participaron en PPEVS en años anteriores, con el fin de verificar la validez y confiabilidad del instrumento.

7.6. VALIDACION DEL INSTRUMENTO EEP

El instrumento de EEP fue validado con los resultados que mostró la prueba piloto, se realizó la corrección a las observaciones metodológicas y se ejecutó una réplica de aplicación.

7.7. TRABAJO DE CAMPO

7.7.1. Registro Individual de Informantes: Datos con información de los informantes en una ficha de registro que incluya los siguientes datos:

PROYECTO: "Efectividad de un Programa de Intervención en Educación para la Salud: Sus Aportes desde el Modelo de Pender"		
FICHA IDENTIFICACIÓN ENTREVISTADA/O ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD		
REGIÓN/CIUDAD:	Nº DE ENTREVISTA: 1	
NOMBRE:		
DIRECCION:		
TEL. CASA:	TEL. OFICINA:	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO:		
SEXO:	EDAD:	ESCOLARIDAD:
PROFESIÓN/OFICIO:	CARGO:	
ANTIGÜEDAD LABORAL EN:		
OBSERVACIONES:		
FECHA Y LUGAR DE LA ENTREVISTA:		
NOMBRE DEL/A ENTREVISTADOR/A:		
CRITERIOS DE SELECCIÓN: (De acuerdo a los planteados en la investigación):		

7.7.2. Selección del Lugar

La selección del lugar para la realización de la entrevista en profundidad fue un espacio sin ruido, cuidando que no hubieran interrupciones (teléfono, televisión, entradas y salidas de personas).

7.7.3. Aplicación de la Entrevista En Profundidad

7.7.3.1. Detalles de la Grabación

Es muy importante cuidar la calidad de la grabación del equipo, por ello se tuvo especial cuidado en estos detalles. Si la grabadora es digital es conveniente probarla y tener dominio tecnológico, para evitar tener errores de grabación o borrar información. Se debe poner en la carpeta archivo los datos del informante, el nombre del entrevistador y la fecha en que se realizó la EEP.

7.7.3.2. Tiempo para la realización de la entrevista en profundidad

Las Entrevistas en Profundidad en el momento de grabación tuvieron una duración entre 15 y 30 minutos. El periodo de duración en que se aplicó el trabajo de campo fue de un mes, en concreto durante el mes de Mayo de 2010.

7.7.3.3. Durante la EEP

Se indicó al informante el tiempo con el que cuenta; se le dejó hablar sin inducir respuestas, tratando de intervenir lo menos posible. El entrevistador se apoyó con una ficha temática que contiene los temas y subtemas a investigar. No hubo preguntas al entrevistado, se le pidió que hable sobre los temas que nos interesan de manera libre, cuidando que nos aporte lo que interesa al estudio y lo que aporte de más, son hallazgos no contemplados que se valorarán para redefinir preguntas del marco epistémico.

7.7.3.4. Entrevistado que no aborda el tema de interés

Cuando el entrevistado no abordó los temas de interés, el entrevistador debió recapitular lo dicho hasta el momento e inducirlo a que aborde el tema de interés.

7.7.3.5. Curva de tensión energética

La curva de tensión energética “Dramática”. Es recomendable que si el entrevistado muestra cansancio, se transfiera la EEP para otro día, si el mismo lo considera pertinente.

7.7.3.6. Post entrevista en profundidad

Posterior a la sesión. Una vez que se termino la entrevista, se inicio el trabajo de transcripción, siguiendo el procesamiento de la información en la computadora, se tomaron notas que deben compararse posteriormente con el diario de campo y hacer una reseña breve de lo encontrado, lo encontrado no planeado, y aspectos que se consideraron relevantes de la EEP. Se recomienda transcribir el mismo día de realizar la EEP.

Posterior a la Transcripción. La transcripción se hará en el programa Word, el discurso se convertirá en párrafos de acuerdo a las pausas que realice el entrevistado al hablar.

8. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

8.1.- ANALISIS CUANTITATIVO

La Tabla 2 muestra los puntajes en el EVPS, como en sus dimensiones, en los períodos de pre-test y post-test obtenidos el año 2002 y, en el período de re-test, durante el año 2010 obtenidos por las mujeres de la comuna de Villarrica. Las medianas de los puntajes aumentaron significativamente del periodo de pre-test al de post-test, tanto en los resultados totales expresados como EVPS, como en cada una de las seis dimensiones. En todas las mujeres, los cambios fueron significativos al nivel de $P < .0001$. A pesar del hecho que las mujeres presentaron cambios significativos en todas las dimensiones medidas en el EVPS, el progreso en las dimensiones nutrición ($P < .0003$) y ejercicio ($P < .0021$) fue menos significativo por el hecho de que ya habían adoptado en su vida cotidiana algunas conductas positivas. Al comparar el período de re-test efectuado el año 2010, con el período de post-test efectuado el año 2002 no se observaron diferencias significativas en EVPS, pues las medianas sufrieron un leve descenso de 3.3 a 3.0 ($P < .2693$). Al observar el resto de las dimensiones del EVPS notamos que no se presentaron diferencias significativas entre el período de re-test con el de post-test, excepto en la comparación de las medianas de la dimensión Ejercicio físico, la cual mostró un descenso de 3.0 a 2.0 ($P < .0074$). En responsabilidad en salud, de 2.9 a 2.4 ($P < .0943$), y en la dimensión manejo de estrés de 3.1 a 2.6 ($p < .1726$); en el resto de las dimensiones, aunque las medianas disminuyeron en el período de re-test, en comparación con el período de post-test, no se observaron cambios significativos.

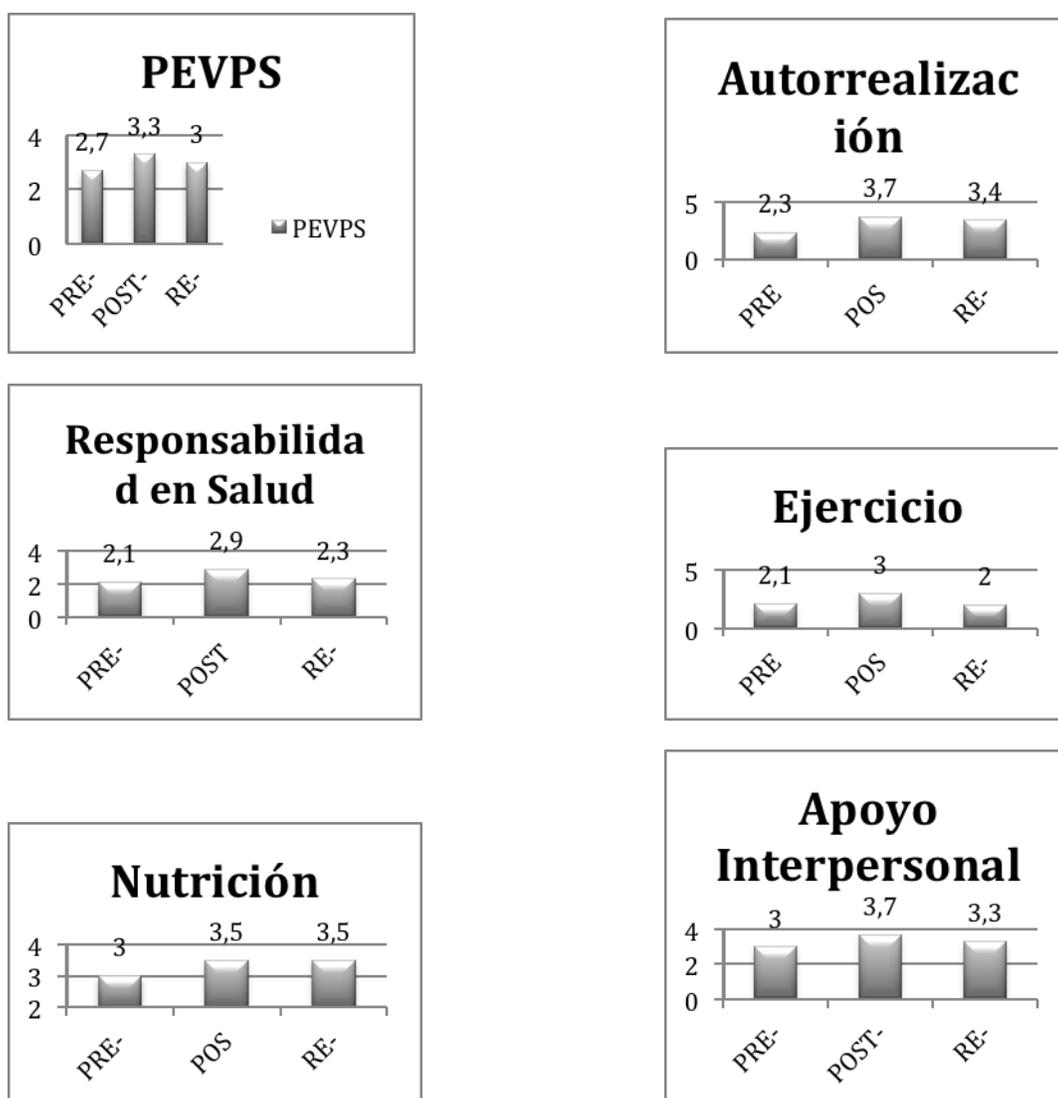
	Pre-test					Post-test					Re-test					Pr>= M (Sign) Pre vs. post	Pr>= M (Sign) Post vs. re
	Md	Mo	Q1	Q3	Q4	Md	Mo	Q1	Q3	Q4	Md	Mo	Q1	Q3	Q4		
M (n=36)																	
PEVPS	2.7	2.6	2.4	3.0	3.4	3.3	3.1	3.1	3.5	3.7	3.0	3.4	2.7	3.2	3.4	0.0001	0.2693
Autorrealización	3.3	3.4	2.7	3.5	4.0	3.7	3.8	3.4	3.8	4.0	3.4	3.4	3.1	3.7	4.0	0.0001	0.4081
Responsabilidad en Salud	2.1	1.9	1.8	2.8	3.5	2.9	3.3	2.6	3.3	3.7	2.4	2.1	2.0	2.8	3.9	0.0001	0.0943
Ejercicio	2.1	1.2	1.8	2.6	3.4	3.0	3.0	2.2	3.2	4.0	2.0	1.4	1.6	2.6	3.6	0.0021	0.0074
Nutrición	3.0	3.0	2.7	3.3	4.0	3.5	4.0	3.3	3.9	4.0	3.5	3.5	2.7	3.7	4.0	0.0003	0.4545
Apoyo Interpersonal	3.0	3.0	2.6	3.4	4.0	3.7	3.7	3.1	3.9	4.0	3.3	3.3	3.0	3.7	4.0	0.0001	0.3170
Manejo de Estrés	2.3	2.0	2.0	2.7	3.4	3.1	3.3	2.8	3.3	3.9	2.6	2.3	2.9	2.9	3.6	0.0001	0.1726

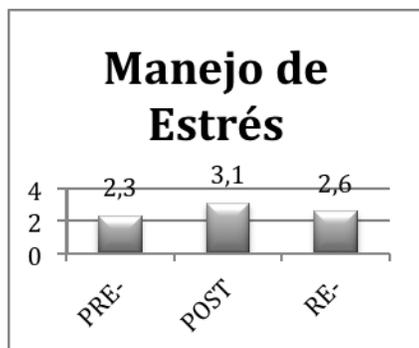
Tabla 3: Puntuaciones del pre-test, post-test y re-test para el total y cada una de las dimensiones

Es importante destacar también que los puntajes más altos en la sub escala de post-test están en nutrición, autorrealización y apoyo interpersonal, esto es coincidente en la mayoría de las participantes.

La Figura 8 ilustra los valores de las medianas de las mujeres participantes, tanto en el EVPS, como en sus dimensiones, durante los períodos de pre-test, post-test y re-test.

Figura 8. Valores de las medianas de los resultados totales como de las seis dimensiones del Programa Estilo de Vida Promotor de Salud (PEVPS) en los períodos de pre-test, post-test y re-test en Mujeres de la Comuna de Villarrica.





La Figura 9 muestra que las mujeres participantes del programa, tienen una frecuencia de actividades promotoras de vida saludable, manifestando cambios y alcanzando medianas más altas en el pos-test como en el re-test, en contraste con el pre-test. Es importante destacar que en manejo de estrés las mujeres comenzaron el 2002 con un puntaje muy bajo y después de la intervención lograron el mayor aumento, en el re-test mostraron que a pesar de haber bajado en su indicador conservaron conductas promotoras en su estilo de vida después de ocho años. En nutrición se evidencia que mantuvieron en su totalidad el comportamiento adoptado en el post-test, comenzaron con un puntaje alto y registraron el mayor aumento que permanece en el tiempo, esto es visible por la mediana del re-test idéntica al post test. En la dimensión ejercicio físico encontramos el mayor descenso, tanto que es inferior al pre-test, es evidente que las mujeres no conservaron el cambio de comportamiento favorable logrado que muestra el indicador de la mediana en el post-test. Las medianas del re-test efectuado en el presente estudio muestran que las mujeres de la comuna han logrado mantener los cambios de conducta, los cuales permanecen en el tiempo a largo plazo después de la intervención.

Figura 9: Valores de las Medianas de las Mujeres en el Programa Promotor de Estilo de Vida Saludable (PPEVS) y sus dimensiones durante los periodos de el pre-test (■), post-test (▒) y re-test (□).

Programa Promotor de Estilo de Vida Saludable (PPEVS) y sus dimensiones	----- Puntajes-----			
	1	2	3	4
PEVPS	[Bar chart showing median scores for PEVPS across four periods]			
1 Autorrealización	[Bar chart showing median scores for Autorrealización across four periods]			
2 Responsabilidad en Salud	[Bar chart showing median scores for Responsabilidad en Salud across four periods]			
3 Ejercicio	[Bar chart showing median scores for Ejercicio across four periods]			
4 Nutrición	[Bar chart showing median scores for Nutrición across four periods]			
5 Apoyo Interpersonal	[Bar chart showing median scores for Apoyo Interpersonal across four periods]			
6 Manejo de Estrés	[Bar chart showing median scores for Manejo de Estrés across four periods]			

8. 2. ANÁLISIS CUALITATIVO

El análisis se hizo según una matriz diseñada y probada por Bonilla, a través de tesis de cuatro generaciones de la maestría en comunicación de la Universidad Veracruzana; además del trabajo realizado por Del Valle (2008, 2009 y 2010), en cuatro tesis del Magister en Ciencias de la Comunicación de la Universidad de La Frontera y una tesis del Magister en Comunicación de la Universidad Austral de Chile, todas estas tesis ya finalizadas.¹

¹ “Comunicación, empoderamiento e identidad social de la enfermería, a partir de la entrevista en profundidad y grupos de discusión, en la región de Los Ríos”, Moira HOLMQVIST CURIMIL. Programa de Magister en Comunicación, Universidad Austral de Chile, 2010. (Proyecto Internacional Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana, México)

“Estudio sobre la representación social de las enfermeras, a partir de encuestas a médicos y pacientes de la región de La Araucanía, sur de Chile, en la ciudad de Temuco”, María Angélica DERAMOND MUNDACA. Programa de Magister en Ciencias de la Comunicación, Universidad de La Frontera, 2010. (Proyecto Internacional Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana, México). En Co Dirección con el Mg. Javier MAYORGA ROJEL.

¹ “Las representaciones sociales de los periodistas de la comuna de Temuco, acerca de la enfermera como sujeto social y de la enfermería como profesión”, Ivonne AGÜERO. Programa de Magister en Ciencias de la Comunicación,

Entendiendo el carácter multifuncional de las redes de apoyo social, en este análisis de los mapas conceptuales, los cuales son producto de las EEP, trabajaremos con cuatro diferentes niveles de apoyo social, entendiendo que estos niveles son de carácter complementario y de ninguna manera, como lo expresamos antes, son excluyentes.

Esto nos permitirá tener una aproximación más cercana a la realidad y determinar las conductas promotoras de vida Saludable explorando lo que les ha ayudado a mantener un buen estilo de vida y también determinar lo que les ha impedido.

8.2.1. Integración Social

Identificaremos el número y fuerza de las asociaciones de los participantes con otros significativos (personas), en esta clasificación enfatizamos las características estructurales de la red social de la persona, determinando por la información entregada, todas las asociaciones mencionadas, es decir, asociaciones de la vida cotidiana: relaciones en el hogar, familia, trabajo y estudios.

Universidad de La Frontera, 2009. (Proyecto Internacional Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana, México). En Co Dirección con el Mg. Javier MAYORGA ROJEL.

“Estudio sobre la representación histórico-social de la profesión de las enfermeras en Temuco, a partir de Entrevistas en Profundidad”, Janitza CUADRO SIERRA. Programa de Magíster en Ciencias de la Comunicación, Universidad de La Frontera, 2009. (Proyecto Internacional Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana, México). En Co Dirección con el Dr. Juan Carlos GIL GONZÁLEZ (Universidad de Sevilla, España).

“Estudio sobre la representación histórico-social de la profesión de las enfermeras en Temuco, a partir de Grupos de Discusión”, María Carolina URRUTIA CASTILLO. Programa de Magíster en Ciencias de la Comunicación, Universidad de La Frontera, 2009. (Proyecto Internacional Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana, México). GONZÁLEZ (Universidad de Sevilla, España).

8.2.2. Relaciones de Calidad

Este nivel agrega al anterior, el atender la calidad de las relaciones, aunque sean numerosas, las relaciones de calidad suplen necesidades de afecto, producen sentimientos de identidad y pertenencia, lo cual produce sentimientos de control sobre cualquier situación.

8.2.3. Ayuda Percibida

Este nivel hace referencia a aquellas personas que manifestaron haber vivido situaciones difíciles, dificultades y problemas, las cuales tuvieron en quien confiar y a quien acudir, mientras vivían esas situaciones de Estrés.

8.2.4. Actualización de Conductas de Apoyo

Aquí contrastaremos la información de las EEP, las cuales nos informan de casos reales, vivencias de las personas, vinculadas a sus conductas promotoras de vida saludable, ya sea lo que les ayudó o impidió a mantenerlas y veremos el despliegue efectivo y concreto del apoyo.

8.3. ANÁLISIS CUANTITATIVO Y CUALITATIVO POR PARTICIPANTE

A continuación, los resultados son presentados de manera complementaria, entre lo cuantitativo y lo cualitativo, con el objetivo de explicitar mejor el contraste. De modo tal que, por ejemplo, los mapas conceptuales reflejan al mismo tiempo los factores promotores de salud (sub escalas) y los Núcleos Temáticos; los cuales tienen una relación intrínseca, dado que las dimensiones sub escalares constituyen luego los Núcleos Temáticos.

Muestra de la población para EEP con sus indicadores de Medianas

Re test	GC	GA	LA	GG	MM	LG	VF	MG	SA	DT	AR	SJ	Md
Muestra EEP	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
PEVS	2.6	3.3	3.1	3.4	3.2	2.9	3.0	3.1	2.5	2.7	3.0	3.0	3.0
Autorrealización	2.8	4.0	3.5	4.0	3.3	3.2	3.1	3.3	2.8	3.8	3.8	3.4	3.4
Responsabilidad en Salud	2.1	2.4	2.8	2.8	3.4	2.1	2.9	2.3	2.3	1.5	2.8	3.0	2.3
Ejercicio	3.0	2.8	3.4	2.4	2.0	2.4	3.6	2.0	2.6	1.0	1.8	2.0	2.0
Nutrición	3.2	3.2	3.3	4.0	4.0	3.7	3.5	3.5	2.5	3.7	2.7	3.7	3.5
Apoyo Interpersonal	2.7	3.7	3.4	3.6	3.3	3.3	3.1	3.9	2.6	3.7	3.9	3.0	3.3
Manejo de Estrés	2.0	3.3	2.1	3.1	2.7	2.9	2.3	3.0	2.3	1.9	2.3	2.6	2.6

Tabla 4: Medianas de cada una de las dimensiones y el total

Informante (GC-1)

Esta participante obtuvo en PEVS Total, un puntaje de 2.6 en el re-test, este puntaje está más bajo que la mediana obtenida en el grupo seleccionado al azar de informantes para la EEP de las mujeres.

- a) Autorrealización: El puntaje en la escala psicométrica de Pender alcanzado en esta área en el re-test fue de 2.8, uno de los dos puntajes más bajos de su grupo, más bajo que la mediana de la muestra. Frecuentemente se respeta y cuida a sí misma, frecuentemente toma la vida con entusiasmo y optimismo, frecuentemente cree que según pasan los años su vida va mejorando, a veces se siente feliz y contenta, a veces es consciente de sus fuerzas y debilidades, a veces trabaja con apoyo en las metas a largo plazo en su vida, frecuentemente le interesa el futuro, siempre sabe lo que quiere conseguir en la vida, a veces respeta sus logros y éxitos, frecuentemente ve cada nuevo día como interesante y con desafíos, a veces encuentra de su agrado y satisfacción el ambiente donde vive, frecuentemente es realista en las metas que se propone alcanzar, siempre cree que su vida tiene propósito. En la EEP manifiesta que su actitud frente a la vida es sentirse realizada por medio de su trabajo, hacerlo bien y obtener remuneración. En relación con lo que le ha ayudado, dice que valorar las cosas pequeñas. En relación a lo que ha impedido su realización, la falta de apoyo familiar, valorarse a sí misma y la angustia. En cuanto a la felicidad, dice que Dios se la da. En relación con el ambiente en que vive, lo labra a diario, no le gusta el ambiente. En cuanto a su propósito en la vida, ser

una buena madre, útil a la sociedad y al medioambiente. Existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa.

b) Responsabilidad en Salud: El puntaje alcanzado en esta área es de 2.1 en la escala de Pender, más baja que la mediana de sus pares, al analizar sus respuestas en el test de Pender encontramos que a veces refiere al médico cualquier síntoma extraño, que frecuentemente se hace exámenes de sangre para ver su nivel de colesterol, frecuentemente lee libros de salud, a veces pregunta a su doctor o busca otra opinión cuando no le convence las recomendaciones que le hace, frecuentemente conversa con otros profesionales calificados sus inquietudes respecto al cuidado de la salud, nunca se controla la presión sanguínea y sabe el resultado, nunca asiste a programas educativos sobre el mejoramiento del medioambiente, frecuentemente pide información a profesionales de la salud sobre como cuidarse o cómo conservar bien su salud, nunca examina su cuerpo para observar o detectar cambios o alguna señal de peligro, cuando menos una vez al mes, a veces asiste a programas educativos sobre el cuidado personal de la salud. En el análisis argumentativo de la EEP podemos señalar que en relación a su interés en la salud, manifiesta que es primordial para ella, lo demás no tiene valor, en cuanto a las visitas al médico, pocas veces visita al médico, lo que le ha ayudado es el leer sobre salud, asiste a programas educativos, practica consejos importantes de salud. Lo que le ha impedido, son los problemas familiares. Existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa.

c) Ejercicio físico: obtuvo un puntaje de 3.0, más alto que la mediana de sus pares, lo que revela que, siempre hace ejercicio para estirar los músculos al menos tres veces por semana, siempre hace ejercicio vigoroso durante 20 a 30 minutos al menos tres veces a la semana, a veces participa en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión, nunca cuando hace ejercicio

físico controla su pulso, siempre hace ejercicio físico de recreo como caminar, nadar, jugar a fútbol, andar en bicicleta, etc. La EEP muestra que hace ejercicio físico, camina, que el tiempo empleado a diario es de una hora, lo que le ayuda, desplazarse solo caminando por la ciudad, en cuanto a lo que le impide, cree que es demasiado delgada. Existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa.

- d) Nutrición: En esta área la participante obtuvo el puntaje en el re-test de Pender de 3.2, un poco más que la mediana de las mujeres de la muestra. Siempre come al levantarse por la mañana, siempre escoge comidas que no contengan ingredientes artificiales o químicos para conservar la comida, siempre come tres buenas comidas al día, nunca lee las etiquetas de las comidas empaquetadas, enlatadas o conservas para identificar los ingredientes o nutrientes, frecuentemente incluye en sus comidas alimentos que contengan fibra, como los granos, frutas y verduras, frecuentemente consume alimentos balanceados que incluyen tanto vegetales, frutas, carne, legumbres y granos. La EEP muestra la ingesta de tres comidas al día, lo que le ha ayudado a tener un EVS es la lectura sobre salud y asistir a programas de salud, los tipos de alimento que consume a diario son agua, harina tostada, miel, legumbres, yogurt, arroz, ensaladas, verduras, leche, hierbas, con una frecuencia de uso de carne semanal de dos veces, Lo que ha impedido una mejor nutrición, no lo menciona en la entrevista. Existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa.
- e) Apoyo interpersonal: El puntaje en el re-test de Pender fue de 2.7, uno de los dos puntajes más bajos de su grupo, más bajo que la mediana, muestra que, frecuentemente conversa con amigos íntimos acerca de sus preocupaciones y problemas personales, siempre elogia o alaba fácilmente a otras personas por sus éxitos, frecuentemente le gusta dar y recibir cariños, abrazos de amigos íntimos, frecuentemente mantiene adecuadas relaciones interpersonales con

otros, como vecinos y compañeros de trabajo, a veces dedica tiempo a sus amigos íntimos, frecuentemente es expresiva al demostrar fácilmente el interés, el amor y calor humano hacia otras personas, frecuentemente da o recibe cariño de las personas que le interesan. La EEP mostró que tiene apoyo de sus amigas y de su comunidad, no habla de apoyo familiar, solo que ahora su familia la respeta. Frente al elogio a otros, no elogia a sus cercanos, sí a otros. En cuanto a la demostración de afectos, manifiesta poca demostración de afectos. En cuanto a lo que le ha ayudado es la relación con las personas de su iglesia, en cuanto a lo que ha impedido, el poco acercamiento con su familia. Existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa.

- f) Manejo de estrés: En esta área el puntaje alcanzado fue de 2.0, uno de los dos puntajes más bajos del grupo, comparado con sus pares en la muestra en el test de Pender, y más bajo que la mediana, el re-test informa que, a veces se da un tiempo para el descanso o siesta diariamente, nunca es consciente de las fuerzas de tensión o preocupación en su vida, a veces dedica 15 a 20 minutos para relajarse o meditar, nunca relaja los músculos antes de dormir, a veces piensa en cosas agradables antes de dormir, frecuentemente encuentra maneras positivas para expresar sus sentimientos, frecuentemente utiliza métodos específicos para controlar la preocupación o tensión. La EEP manifiesta que es consciente de las fuerzas de tensión y preocupación en su vida, que su mejor terapia es hablar con Dios, en cuanto al descanso, duerme de siete a ocho horas. Los pensamientos antes de dormir, comparte con Dios sus preocupaciones y congojas. La forma que tiene para controlar la preocupación es hablar con Dios por medio de la oración, Dios es su mejor psicólogo dice ella. Lo que le ayuda a manejar el estrés es la oración. En relación a lo que le impide manejar el estrés no menciona. No existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa.

g) En EVPS total el puntaje final en la escala de Pender fue de 2.6, es un puntaje inferior a la mediana y el más bajo obtenido de la muestra, de las mujeres y no refleja el estilo de vida saludable que lleva, al contrastar ambos estudios cuantitativo y cualitativo, podemos observar que en la mayoría de las dimensiones existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa, excepto en manejo de estrés. (diferencias y semejanzas para cada dimensión

MAPA CONCEPTUAL DE LA EEP DE GC-1

AUTORREALIZACIÓN

Actitud frente a la Vida

Trabajar y hacerlo bien produce realización
Obtener ingresos

Lo que ha ayudado

Valorar las cosas pequeñas
Pedir a Dios felicidad

Lo que ha impedido

Angustia
Valorarse a si misma
Falta de apoyo de la familia

Felicidad

Dios se la da.

Ambiente

Lo labra a diario
No le gusta el ambiente en que vive

Propósito en la vida

Ser una buena madre
Ser útil a la sociedad
Ser útil al medioambiente

RESPONSABILIDAD EN SALUD

Interés en la salud

Es primordial para ella
Lo demás no tiene valor

Visitas al médico

Pocas veces visita al médico



Lo que le ha ayudado

Lee temas de salud
Asiste a programas educativos
Practica consejos importantes

Lo que ha impedido

Problemas familiares

EJERCICIO

Ejercicio

Camina mucho

Caminar

Todos los días

Tiempo empleado a diario

Una hora

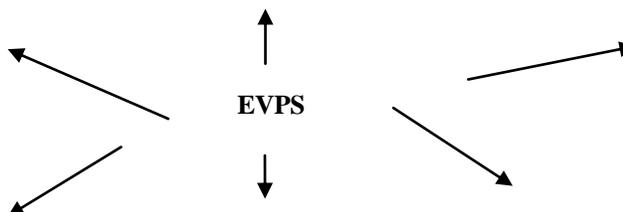


Lo que ayuda

Se desplaza por la ciudad solo caminando

Lo que impide

Cree que es demasiado delgada,
teme que al caminar mas se perjudique su salud.



NUTRICIÓN

Cantidad de veces que come al día

Tres veces come al día

Lo que le ha ayudado a tener un EVS

Programas de Estilo de vida saludable
Lecturas

Tipo de alimentos que consume a diario

Agua
Harina tostada
Miel
Legumbres
Arroz
Ensaladas
Verduras
Leche
Hierbas

Frecuencia semanal de carne

Dos veces a la semana

Lo que ha impedido un EVS

Nada



APOYO INTERPERSONAL

Relación con la familia y amigos

No habla de apoyo de su familia
Su familia ahora la respeta
Siente apoyo incondicional de sus amigos de la iglesia

Elogia fácilmente

No a sus cercanos
Si a otros

Demostración de afectos

Poca demostración de afecto a su familia

Lo que le ha ayudado

Las relaciones interpersonales con la iglesia (amigas)

A-2)

Lo que ha impedido

Poco acercamiento a su familia



MANEJO DE ESTRÉS

Es consciente de las fuerzas de tensión y preocupación en su vida.

Es consciente
Su mejor terapia, hablar con Dios

Descanso

Siete a ocho horas por la noche

Pensamientos antes de dormir

Comparte con Dios sus preocupaciones y congojas

Forma en que controla la preocupación

Dice que Dios es su mejor psicólogo
Habla con dios por la oración.
Varias veces al día.

Lo que ayuda

Hablar con Dios por medio de la oración o plegarias le es saludable.

Lo que impide

Esta participante obtuvo en PEVS Total, un puntaje de 3.3 en el re-test, este puntaje es más alto que la mediana obtenido en el grupo seleccionado al azar de informantes para la EEP de las mujeres.

- a) **Autorrealización:** El puntaje en la escala psicométrica de Pender alcanzado en esta área en el re-test fue de 4.0, el puntaje máximo y el más alto de su grupo, más alto que la mediana de la muestra. siempre se respeta y cuida a si misma, siempre toma la vida con entusiasmo y optimismo, siempre cree que según pasan los años su vida va mejorando, siempre se siente feliz y contenta, siempre es consciente de sus fuerzas y debilidades, siempre trabaja con apoyo en las metas a largo plazo en su vida, siempre le interesa el futuro, siempre sabe lo que quiere conseguir en la vida, siempre respeta sus logros y éxitos, siempre ve cada nuevo día como interesante y con desafíos, siempre encuentra de su agrado y satisfacción el ambiente donde vive, siempre es realista en las metas que se propone alcanzar, siempre cree que su vida tiene propósito. En la EEP manifiesta que su actitud frente a la vida es sentirse realizada por su familia, por el trabajo de ella y de su esposo, toma vida con optimismo. En relación con lo que le ha ayudado, su familia. En relación a lo que ha impedido su realización, no menciona nada. En cuanto a la felicidad, dice que es feliz por ver a sus hijos sanos y que les va bien en el colegio. En relación con el ambiente en que vive, es bueno, goza de apoyo emocional, económico y de amistades. En cuanto a su propósito en la vida, su propósito es que sus hijos y esposo, estén cerca de Dios. Existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa.
- b) **Responsabilidad en Salud:** El puntaje alcanzado en esta área es de 2.4 en la escala de Pender, más alto que la mediana, al analizar sus respuestas en el test de Pender encontramos que, a veces refiere al médico cualquier síntoma extraño, que a veces se hace exámenes de sangre para ver su nivel de colesterol, a veces lee libros de salud, frecuentemente pregunta a su doctor o

busca otra opinión cuando no le convence las recomendaciones que le hace, a veces conversa con otros profesionales calificados sus inquietudes respecto al cuidado de la salud, a veces se controla la presión sanguínea y sabe el resultado, a veces asiste a programas educativos sobre el mejoramiento del medioambiente, frecuentemente pide información a profesionales de la salud sobre cómo cuidarse o cómo conservar bien su salud, frecuentemente examina su cuerpo para observar o detectar cambios o alguna señal de peligro, cuando menos una vez al mes, frecuentemente asiste a programas educativos sobre el cuidado personal de la salud. En el análisis argumentativo de la EEP podemos señalar que en relación a su interés en la salud, asiste a todos los cursos de salud, en cuanto a las visitas al médico, va al médico después de haberse tratado en forma natural, si no tiene resultados esperados, lo que le ha ayudado es recibir educación sobre salud en su iglesia, alimentarse bien en forma saludable, tratarse en forma natural y eliminar aquellas comidas que le hacen mal. Sobre lo que le ha impedido, no menciona nada. Existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa.

- c) Ejercicio físico: obtuvo un puntaje de 2.8, más alto que la mediana de sus pares tomados en esta muestra, lo que revela que, siempre hace ejercicio para estirar los músculos al menos tres veces por semana, siempre hace ejercicio vigoroso por 20 a 30 minutos al menos tres veces a la semana, a veces participa en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión, nunca cuando hace ejercicio físico controla su pulso, frecuentemente hace ejercicio físico de recreo como caminar, nadar jugar futbol, andar en bicicleta, etc. La EEP muestra que hace ejercicio físico, camina mucho, que el tiempo empleado a diario es de una hora, lo que le ayuda, su trabajo de vendedora casa por casa, en cuanto a lo que le impide, no menciona nada. Existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa.
- d) Nutrición: En esta área la participante obtuvo el puntaje en el re-test de Pender 3.2, un poco más bajo que la mediana de la muestra. A veces come al

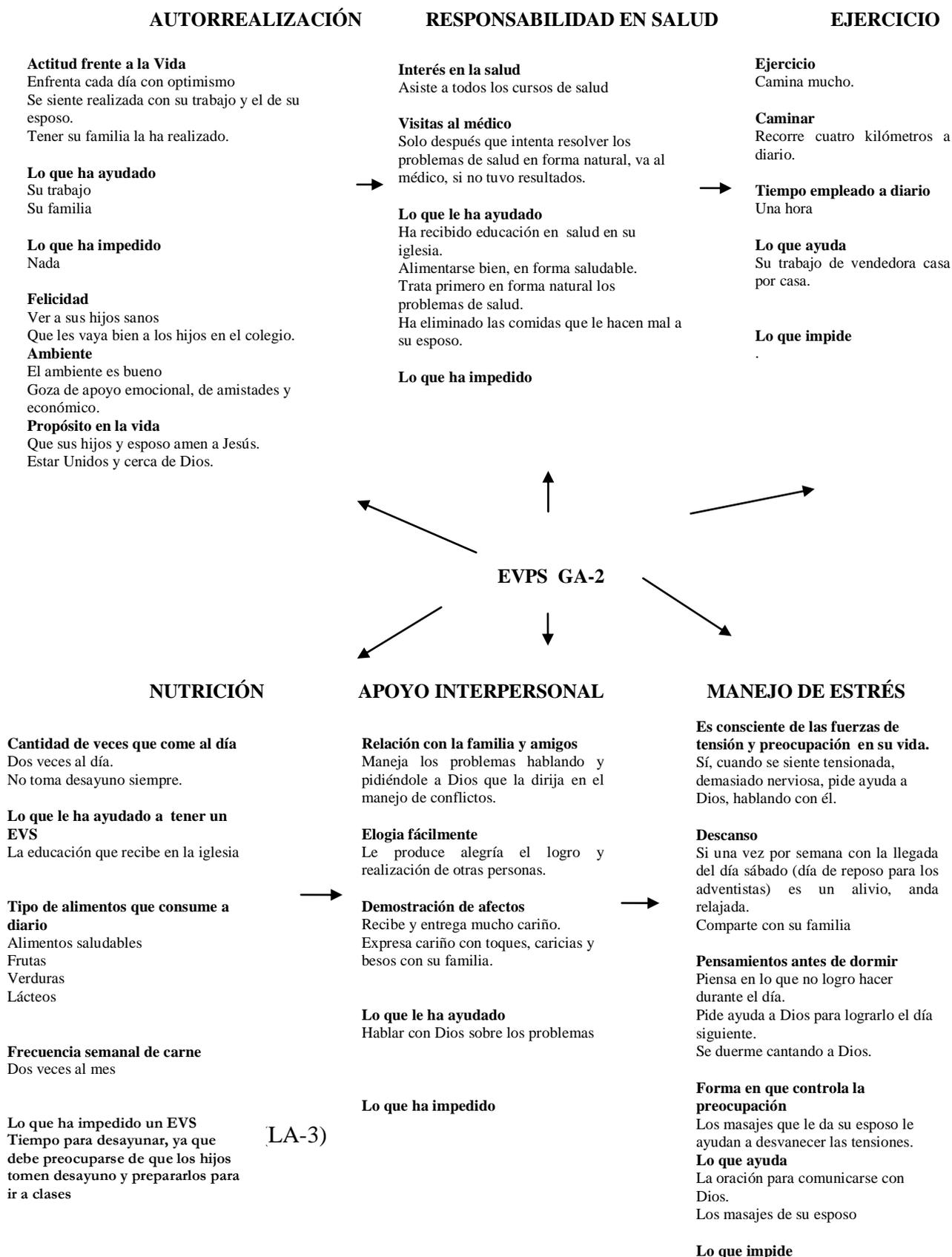
levantarse por la mañana, siempre escoge comidas que no contengan ingredientes artificiales o químicos para conservar la comida, frecuentemente come tres buenas comidas al día, siempre lee las etiquetas de las comidas empaquetadas, enlatadas o conservas para identificar los ingredientes o nutrientes, frecuentemente incluye en sus comidas alimentos que contengan fibra, como los granos, frutas y verduras, frecuentemente consume alimentos balanceados que incluyen tanto vegetales, frutas, carne, legumbres y granos. La EEP muestra la ingesta de dos comidas al día, no siempre toma desayuno, lo que le ha ayudado a tener un EVS es la educación que recibe en su grupo, los tipos de alimento que consume a diario son frutas, verduras, lácteos, con una frecuencia de uso de carne semanal de dos veces, Lo que ha impedido una mejor nutrición, el factor tiempo, preparar a los niños para el colegio y darles desayuno, luego ella no alcanza a desayunar. Existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa.

- e) Apoyo interpersonal: El puntaje en el re-test de Pender fue de 3.7, un puntaje alto en contraste con el grupo, más alto que la mediana, muestra que, frecuentemente conversa con amigos íntimos acerca de sus preocupaciones y problemas personales, siempre elogia o alaba fácilmente a otras personas por sus éxitos, siempre le gusta dar y recibir cariños, abrazos de amigos íntimos, siempre mantiene adecuadas relaciones interpersonales con otros, como vecinos y compañeros de trabajo, frecuentemente dedica tiempo a su amigos íntimos, siempre es expresiva al demostrar fácilmente el interés, el amor y calor humano hacia otras personas, siempre da o recibe cariño de las personas que le interesan. La EEP mostró que la relación con la familia y amigos es buena y maneja los problemas pidiéndole a Dios que la dirija en el manejo de conflictos. Frente al elogio a otros, le produce alegría los logros y realización de otras personas. En cuanto a la demostración de afectos, recibe y entrega mucho cariño, expresándolo con toques, caricias, besos con su familia. En cuanto a lo que le ha ayudado es el hablar con Dios acerca de sus problemas,

en cuanto a lo que ha impedido, no menciona nada. Existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa.

- f) Manejo de estrés: En esta área el puntaje alcanzado fue de 3.3, es el más alto del grupo, más alto que la mediana, comparado con sus pares en la muestra en el test de Pender, el cual informa que, frecuentemente se da un tiempo para el descanso o siesta diariamente, frecuentemente es consciente de las fuerzas de tensión o preocupación en su vida, frecuentemente dedica 15 a 20 minutos para relajarse o meditar, frecuentemente relaja los músculos antes de dormir, frecuentemente piensa en cosas agradables antes de dormir, siempre encuentra maneras positivas para expresar sus sentimientos, siempre utiliza métodos específicos para controlar la preocupación o tensión. La EEP manifiesta que es consciente de las fuerzas de tensión y preocupación en su vida, que cuando se siente tensionada, demasiado nerviosa, en cuanto al descanso, la llegada del día sábado, es un alivio, anda relajada, comparte con su familia. Los pensamientos antes de dormir, piensa en lo que no logro hacer durante el día, pide ayuda a Dios para lograrlo el día siguiente y se duerme cantando. La forma que tiene para controlar la preocupación es pedir a su esposo que le de masajes, estos le ayudan a desvanecer las tensiones. Lo que le ayuda a manejar el estrés es la oración y masajes. En relación a lo que le impide manejar el estrés no menciona. Existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa.
- g) En EVPS total el puntaje final en la escala de Pender fue de 3.3, es un puntaje superior a la mediana, de las mujeres y refleja el estilo de vida saludable que lleva, al contrastar ambos estudios cuantitativo y cualitativo, podemos observar que existe coherencia en la mayoría de las dimensiones, menos en ejercicio físico. La EEP agrega que es una mujer que hace ejercicio físico todos los días, sin embargo el puntaje le baja en el test de Pender por no controlar su pulso y no ser ejercicio asistido.

MAPA CONCEPTUAL DE LA EEP DE GA-2



Esta participante obtuvo en PEVS Total un puntaje de 3.1 en el re-test, este puntaje es más alto que la mediana obtenido en el grupo seleccionado al azar de informantes para la EEP de las mujeres.

- a) **Autorrealización:** El puntaje en la escala psicométrica de Pender alcanzado en esta área en el re-test fue de 3.5, más alto que la mediana alcanzado en esta área. Frecuentemente se respeta y cuida a si misma, siempre toma la vida con entusiasmo y optimismo, a veces cree que según pasan los años su vida va mejorando, frecuentemente se siente feliz y contenta, a veces es consiente de sus fuerzas y debilidades, siempre trabaja con apoyo en las metas a largo plazo en su vida, siempre le interesa el futuro, siempre sabe lo que quiere conseguir en la vida, siempre respeta sus logros y éxitos, siempre ve cada nuevo día como interesante y con desafíos, frecuentemente encuentra de su agrado y satisfacción el ambiente donde vive, siempre es realista en las metas que se propone alcanzar, siempre cree que su vida tiene propósito. En la EEP manifiesta que su actitud frente a la vida es enfrentarla cada día en forma positiva, en relación con lo que le ha ayudado, cita el apoyo de la familia y los amigos, así como leer la biblia, en relación a lo que ha impedido su realización, no habla nada, ve la felicidad como una actitud frente a lo que nos pasa, así como estar en armonía con el entorno, sentirse en equilibrio y conforme, sobre el ambiente familiar, amigos, lo ve como un apoyo, le da seguridad, En cuanto a su propósito en la vida, quiere terminar sus estudios y ser profesional, tener una familia, ayudar a la gente. Existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa.

- b) **Responsabilidad en Salud:** El puntaje alcanzado en esta área es de 2.8 en la escala de Pender, más alto que la mediana del grupo, al analizar su respuestas en el test de Pender encontramos que frecuentemente refiere al médico cualquier síntoma extraño, que nunca se hace exámenes de sangre para ver su nivel de colesterol, siempre lee libros de salud, siempre pregunta a su doctor o

busca otra opinión cuando no le convence las recomendaciones que le hace, frecuentemente conversa con otros profesionales calificados sus inquietudes respecto al cuidado de la salud, nunca se controla la presión sanguínea y sabe el resultado, frecuentemente asiste a programas educativos sobre el mejoramiento del medioambiente, frecuentemente pide información a profesionales de la salud sobre cómo cuidarse o cómo conservar bien su salud, frecuentemente examina su cuerpo para observar o detectar cambios o alguna señal de peligro, cuando menos una vez al mes, frecuentemente asiste a programas educativos sobre el cuidado personal de la salud. En el análisis argumentativo de la EEP podemos señalar que en relación a su interés en la salud, lo manifiesta abiertamente, es estudiante de odontología, esta por graduarse, para ella la salud es ausencia de enfermedad, cuida su salud evitando riesgos en lo posible, en cuanto a las visitas al médico, consulta cualquier malestar con su papá que es médico, lo que le ha ayudado, la lectura, el autocuidado. Lo que le ha impedido es el tiempo suficiente, la vida del estudiante implica mucho estudio. Existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa.

- c) Ejercicio físico: obtuvo un puntaje de 3.4, uno de los dos puntajes más altos de sus pares tomados en esta muestra mujeres, lo que revela que siempre hace ejercicio para estirar los músculos al menos tres veces por semana, siempre hace ejercicio vigoroso por 20 a 30 minutos al menos tres veces a la semana, siempre participa en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión, nunca cuando hace ejercicio físico controla su pulso, siempre hace ejercicio físico de recreo como caminar, y anda en bicicleta los fines de semana, nadar jugar fútbol, andar en bicicleta, etc. La EEP muestra que camina mucho diariamente y anda en bicicleta los fines de semana, el tiempo empleado es de cincuenta minutos, lo que le ayuda es ser disciplinada en su vida, es joven, en cuanto a lo que le impide hacer ejercicio, no manifiesta

nada. Existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa.

d) Nutrición: En esta área la participante obtuvo el puntaje en el re-test de Pender 3.3, un poco más bajo que la mediana de la muestra. Frecuentemente come al levantarse por la mañana, a veces escoge comidas que no contengan ingredientes artificiales o químicos para conservar la comida, siempre come tres buenas comidas al día, siempre lee las etiquetas de las comidas empaquetadas, enlatadas o conservas para identificar los ingredientes o nutrientes, siempre incluye en sus comidas alimentos que contengan fibra, como los granos, frutas y verduras, frecuentemente consume alimentos balanceados que incluyen tanto vegetales, frutas, carne, legumbres y granos. La EEP refleja la misma frecuencia de alimentos al día, tres veces, el uso del mismo tipo de alimentos, lo que le ha ayudado a tener un EVS son los cursos que ha estudiado y su carrera del área de la salud (Odontología), los tipos de alimento que consume son yogurt, cereales, leche, margarina, pastas, arroz, frutas, ensaladas, chocolate, con una frecuencia de uso de carne de vez en cuando solo para obtener proteína, Lo que ha impedido una mejor nutrición, no lo menciona en la entrevista. Existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa.

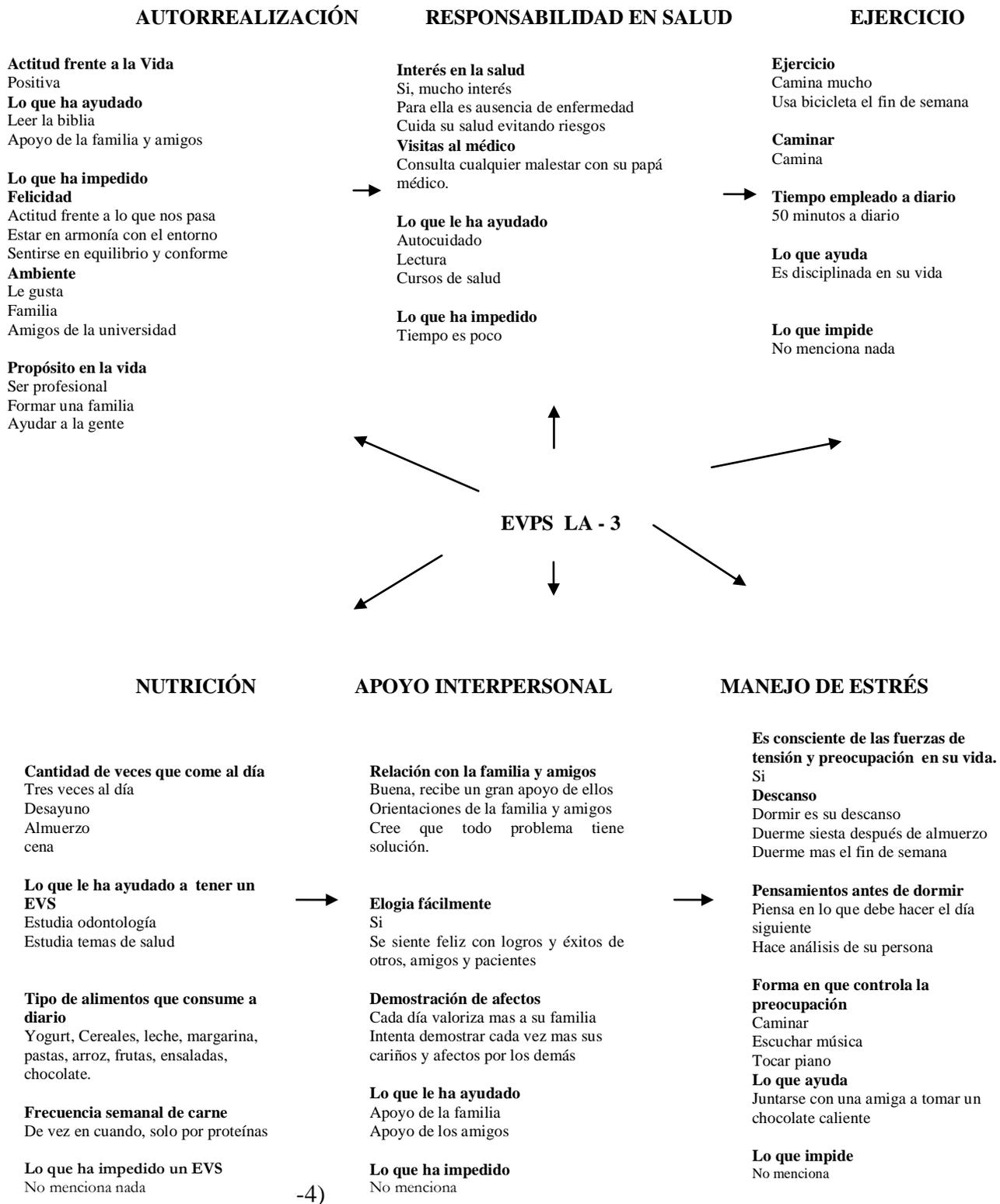
e) Apoyo interpersonal: El puntaje en el re-test de Pender fue de 3.4, muestra que siempre conversa con amigos íntimos acerca de sus preocupaciones y problemas personales, siempre elogia o alaba fácilmente a otras personas por sus éxitos, frecuentemente le gusta dar y recibir cariño, abrazos de amigos íntimos, siempre mantiene adecuadas relaciones interpersonales con otros, como vecinos y compañeros de trabajo, frecuentemente dedica tiempo a su amigos íntimos, frecuentemente es expresiva al demostrar fácilmente el interés, el amor y calor humano hacia otras personas, siempre da o recibe cariño de las personas que le interesan. La EEP mostro que en su relación con

familia y amigos ella siente un gran apoyo, recibiendo orientación de ellos, cree que todo problema tiene solución, frente al elogio a otros, responde que sí, se siente feliz con los éxitos y logros de otros, amigos y pacientes. En cuanto a la demostración de afectos, valoriza a su familia, intenta demostrar cada vez más su afectos y cariños, en cuanto a lo que le ha ayudado, es el apoyo de la familia y amigos, en cuanto a lo que ha impedido, no menciona nada en la EEP. Existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa.

- f) Manejo de estrés: En esta área el puntaje alcanzado fue de 2.1, uno de los dos más bajos comparado con sus pares en la muestra en el test de Pender, el cual informa que, nunca se da un tiempo para el descanso o siesta diariamente, a veces es consciente de las fuerzas de tensión o preocupación en su vida, nunca dedica 15 a 20 minutos para relajarse o meditar, a veces relaja los músculos antes de dormir, frecuentemente piensa en cosas agradables antes de dormir, frecuentemente encuentra maneras positivas para expresar sus sentimientos, frecuentemente utiliza métodos específicos para controlar la preocupación o tensión. La EEP manifiesta que es consciente de las fuerzas de tensión y preocupación en su vida, en cuanto al descanso, duerme una siesta después del almuerzo, duerme más el fin de semana, dormir es su descanso. Los pensamientos antes de dormir, piensa en lo que debe hacer el día siguiente, hace un análisis de su persona. La forma que tiene para controlar la preocupación es caminar, escuchar música, tocar piano. Lo que le ayuda a manejar el estrés es tomarse un chocolate caliente con una amiga. En relación a lo que le impide manejar el estrés no manifiesta nada. No existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa, ya que tiene formas de controlar su estrés y descansa, información que no informa el re-test.

g) En EVPS total el puntaje final en la escala de Pender fue de 3.1, es un buen puntaje, refleja el estilo saludable que lleva, podría ser más alto, ya que al contrastar ambos estudios cuantitativo y cualitativo podemos observar que sobre todo en manejo de estrés no son coherentes ambas informaciones, esto se explica por un periodo alto de estrés vivido en tiempo del re-test, sin embargo, la participante ha logrado un buen estilo de vida y la EEP agrega que es una mujer muy feliz con su vida, con alto puntaje en autorrealización.

MAPA CONCEPTUAL DE LA EEP LA-3



Esta participante obtuvo en PEVS Total, un puntaje de 3.4 en el re-test, este puntaje está sobre la mediana obtenido en el grupo seleccionado al azar de informantes para la EEP de las mujeres.

- a) **Autorrealización:** El puntaje en la escala psicométrica de Pender alcanzado en esta área en el re-test fue de 4.0 corresponde al más alto alcanzado en esta área. Siempre se respeta y cuida a si misma, siempre toma la vida con entusiasmo y optimismo, Siempre cree que según pasan los años su vida va mejorando, siempre se siente feliz y contenta, siempre es consiente de sus fuerzas y debilidades, siempre trabaja con apoyo en las metas a largo plazo en su vida, siempre le interesa el futuro, siempre sabe lo que quiere conseguir en la vida, siempre respeta sus logros y éxitos, siempre ve cada nuevo día como interesante y con desafíos, siempre encuentra de su agrado y satisfacción el ambiente donde vive, siempre es realista en las metas que se propone alcanzar, siempre cree que su vida tiene propósito. En la EEP manifiesta que su actitud frente a la vida es teniendo un espíritu alegre y positivo, se siente realizada como esposa y como madre, siente la presencia de Dios en su hogar. En relación con lo que le ha ayudado, vivir cerca de la universidad, el ambiente y sus amistades en la iglesia. En relación a lo que ha impedido su realización, no habla nada. En cuanto a la felicidad, se considera una mujer feliz que tiene un hogar feliz. En relación con el ambiente en que vive, se siente bien con sus amistades, ha formado con su iglesia equipos de ayuda al prójimo. En cuanto a su propósito en la vida, es ayudar a los demás. Existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa.
- b) **Responsabilidad en Salud:** El puntaje alcanzado en esta área es de 2.8 en la escala de Pender, al analizar su respuestas en el test de Pender encontramos que Nunca refiere al médico cualquier síntoma extraño, que siempre se hace exámenes de sangre para ver su nivel de colesterol, siempre lee libros de salud, a veces pregunta a su doctor o busca otra opinión cuando no le

convence las recomendaciones que le hace, siempre conversa con otros profesionales calificados sus inquietudes respecto al cuidado de la salud, a veces se controla la presión sanguínea y sabe el resultado, a veces asiste a programas educativos sobre el mejoramiento del medioambiente frecuentemente pide información a profesionales de la salud sobre cómo cuidarse o cómo conservar bien su salud, a veces examina su cuerpo para observar o detectar cambios o alguna señal de peligro, cuando menos una vez al mes, siempre asiste a programas educativos sobre el cuidado personal de la salud. En el análisis argumentativo de la EEP podemos señalar que en relación a su interés en la salud, tiene mucho interés, en cuanto a las visitas al médico, no menciona visitas al médico, es sana al igual que su familia, lo que le ha ayudado es la alimentación saludable, está constantemente actualizándose, da cursos sobre salud. Lo que le ha impedido, no menciona nada. No existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa, goza de mejor salud y cuidado que lo que revela el re-test de Pender.

- c) Ejercicio físico: obtuvo un puntaje de 2.4, más alto que la mediana de sus pares tomados en esta muestra, lo que revela que frecuentemente hace ejercicio para estirar los músculos al menos tres veces por semana, a veces hace ejercicio vigoroso por 20 a 30 minutos al menos tres veces a la semana, a veces participa en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión, a veces cuando hace ejercicio físico controla su pulso, siempre hace ejercicio físico de recreo como caminar, nadar jugar futbol, andar en bicicleta, etc. La EEP muestra que su ejercicio es caminar y que el tiempo empleado a diario es de una hora, lo que le ayuda es que su trabajo le exige caminar mucho, en cuanto a lo que le impide hacer ejercicio, no manifiesta nada. No existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa en ésta dimensión, ya que realiza actividad física frecuente.

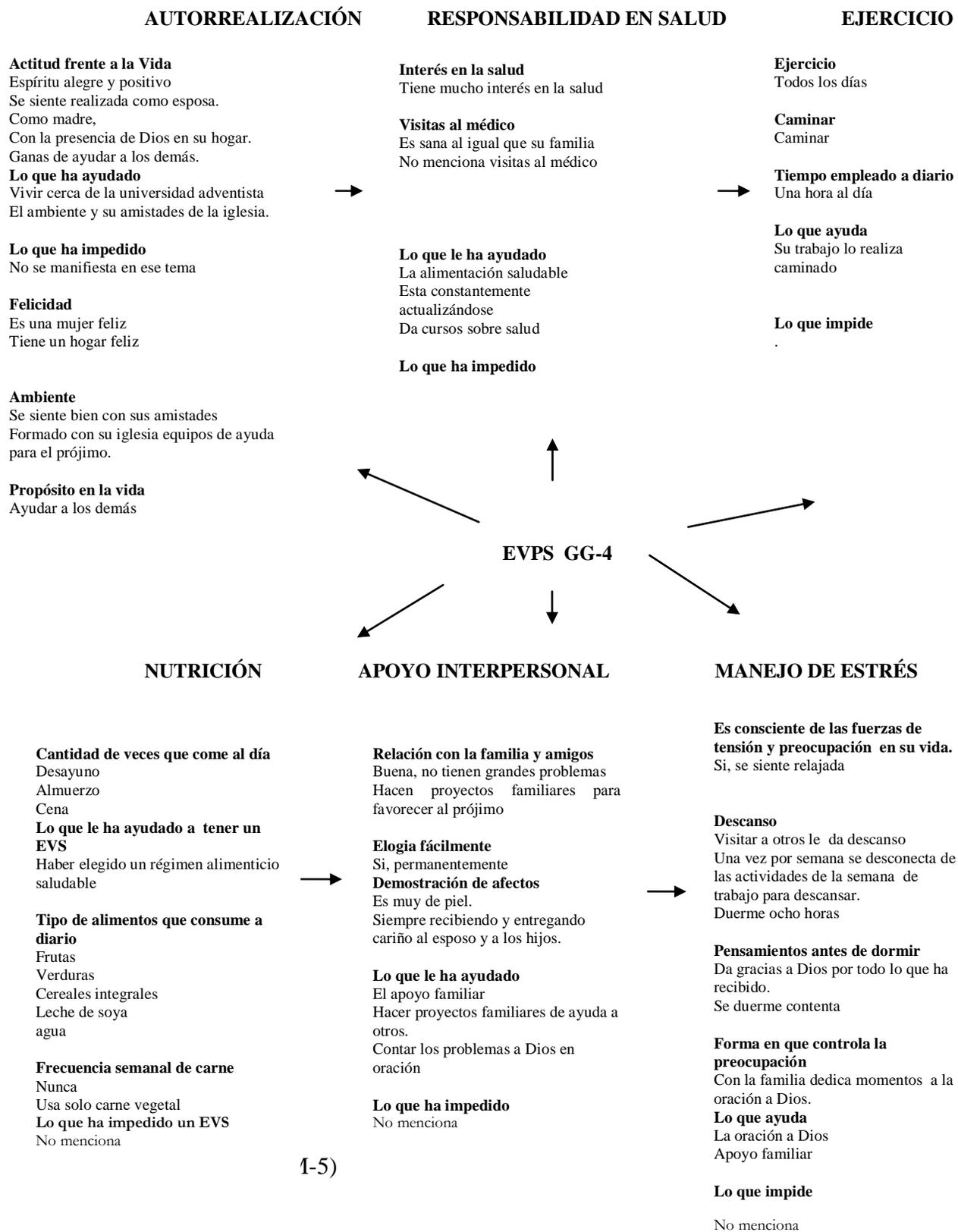
- d) Nutrición: En ésta área la participante obtuvo el puntaje en el re-test de Pender 4.0, más alto que la mediana de las mujeres de la muestra. Siempre come al levantarse por la mañana, siempre escoge comidas que no contengan ingredientes artificiales o químicos para conservar la comida, siempre come tres buenas comidas al día, siempre lee las etiquetas de las comidas empaquetadas, enlatadas o conservas para identificar los ingredientes o nutrientes, siempre incluye en sus comidas alimentos que contengan fibra, como los granos, frutas y verduras, siempre consume alimentos balanceados que incluyen tanto vegetales, frutas, carne, legumbres y granos. La EEP refleja la misma frecuencia de alimentos al día, tres veces, el uso del mismo tipo de alimentos, lo que le ha ayudado a tener un EVS es haber elegido un régimen alimenticio saludable, los tipos de alimento que consume a diario son frutas, verduras, cereales integrales, leche de soya, agua, con una frecuencia de uso de carne semanal de “nada” ya que usa solo carne vegetal. Lo que ha impedido una mejor nutrición, no lo menciona en la entrevista. Existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa.
- e) Apoyo interpersonal: El puntaje en el re-test de Pender fue de 3.6, más alto que la mediana, muestra que nunca conversa con amigos íntimos acerca de sus preocupaciones y problemas personales, siempre elogia o alaba fácilmente a otras personas por sus éxitos, siempre le gusta dar y recibir cariños, abrazos de amigos íntimos, siempre mantiene adecuadas relaciones interpersonales con otros, como vecinos y compañeros de trabajo, siempre dedica tiempo a su amigos íntimos, siempre es expresiva al demostrar fácilmente el interés, el amor y calor humano hacia otras personas, siempre da o recibe cariño de las personas que le interesan. La EEP mostro que su relación con familia y amigos es buena, no tienen grandes problemas, hacen proyectos familiares para favorecer a otras personas. Frente al elogio a otros, responde que Sí, permanentemente elogia. En cuanto a la demostración de afectos, es muy de piel, siempre recibiendo y entregando cariño al esposo y a los hijos, en cuanto

a lo que le ha ayudado, es el apoyo de la familiar, hacer proyectos familiares de ayuda a otros, en cuanto a lo que ha impedido, no menciona nada en la EEP. Existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa.

- f) Manejo de estrés: En esta área el puntaje alcanzado fue de 3.1, un poco más alto que la mediana comparado con sus pares en la muestra en el test de Pender, el cual informa que, frecuentemente se da un tiempo para el descanso o siesta diariamente, siempre es consciente de las fuerzas de tensión o preocupación en su vida, siempre dedica 15 a 20 minutos para relajarse o meditar, a veces relaja los músculos antes de dormir, siempre piensa en cosas agradables antes de dormir, frecuentemente encuentra maneras positivas para expresar sus sentimientos, a veces utiliza métodos específicos para controlar la preocupación o tensión. La EEP manifiesta que Sí, es consciente de las fuerzas de tensión y preocupación en su vida, en cuanto al descanso, visitar a otras personas le da descanso, una vez por semana se desconecta de las actividades de la semana de trabajo para descansar, duerme unas ocho horas a diario. Los pensamientos antes de dormir, le da gracias a Dios por todo lo que ha recibido de él, se duerme contenta. La forma que tiene para controlar la preocupación es que con la familia dedica momentos a la oración. Lo que le ayuda a manejar el estrés es la oración y el apoyo familiar. En relación a lo que le impide manejar el estrés no manifiesta nada. Existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa.
- g) En EVPS total, el puntaje final en la escala de Pender fue de 3.4, es un buen puntaje, superior a la mediana, el más alto de las mujeres y refleja el estilo saludable que lleva, podemos observar que le baja el puntaje en el test de Pender en la sub escala de Ejercicio Físico y Responsabilidad en Salud, esto se debe a no controlar su pulso y no hacer ejercicio supervisado, y nunca refiere a su médico síntomas extraños, sin embargo camina una hora todos los

días y se siente bien de salud de acuerdo a la información recogida en las EEP. No existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa, ya que tiene un mejor estilo de vida que el reflejado en los indicadores del re-test de Pender.

MAPA CONCEPTUAL DE LAS EEP DE GG-4



1-5)

Esta participante obtuvo en PEVS Total, un puntaje de 3.2 en el re-test, este puntaje es más alto que la mediana obtenido en el grupo seleccionado al azar de informantes para la EEP de las mujeres.

- a) Autorrealización: El puntaje en la escala psicométrica de Pender alcanzado en ésta área en el re-test fue de 3.3, este puntaje está más bajo que la mediana. Frecuentemente se respeta y cuida a si misma, siempre toma la vida con entusiasmo y optimismo, frecuentemente cree que según pasan los años su vida va mejorando, frecuentemente se siente feliz y contenta, siempre es consciente de sus fuerzas y debilidades, frecuentemente trabaja con apoyo en las metas a largo plazo en su vida, a veces le interesa el futuro, siempre sabe lo que quiere conseguir en la vida, siempre respeta sus logros y éxitos, frecuentemente ve cada nuevo día como interesante y con desafíos, a veces encuentra de su agrado y satisfacción el ambiente donde vive, siempre es realista en las metas que se propone alcanzar, siempre cree que su vida tiene propósito. En la EEP manifiesta que su actitud frente a la vida es positiva todos los días a pesar de los problemas. En relación con lo que le ha ayudado, comienza su día con encomendándose a Dios, expresa gratitud por sus hijos con quienes tiene una buena relación, sus hijos son buenos estudiantes. En relación a lo que ha impedido su realización, no habla nada, sin embargo informa que no es buena la relación con el esposo. En cuanto a la felicidad, está contenta y feliz. En relación con el ambiente en que vive, tiene buena relación con sus vecinos. En cuanto a su propósito en la vida, es la salvación de sus hijos, refiriéndose a lo espiritual. Existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa.
- b) Responsabilidad en Salud: El puntaje alcanzado en esta área es de 3.4 en la escala de Pender, es un puntaje alto, más alto que la mediana, es el más alto de sus pares de la muestra, al analizar su respuestas en el test de Pender encontramos que, a veces refiere al médico cualquier síntoma extraño, que

frecuentemente se hace exámenes de sangre para ver su nivel de colesterol, frecuentemente lee libros de salud, siempre pregunta a su doctor o busca otra opinión cuando no le convence las recomendaciones que le hace, siempre conversa con otros profesionales calificados sus inquietudes respecto al cuidado de la salud, frecuentemente se controla la presión sanguínea y sabe el resultado, frecuentemente asiste a programas educativos sobre el mejoramiento del medioambiente, frecuentemente pide información a profesionales de la salud sobre cómo cuidarse o cómo conservar bien su salud, siempre examina su cuerpo para observar o detectar cambios o alguna señal de peligro, cuando menos una vez al mes. Frecuentemente asiste a programas educativos sobre el cuidado personal de la salud. En el análisis argumentativo de la EEP podemos señalar que en relación a su interés en la salud, informa que tiene interés. Al ser mamá investigó sobre la alimentación saludable para sus hijos, en cuanto a las visitas al médico, lo hace en forma esporádica, cuando se siente mal, lo que le ha ayudado es asistir cada vez que puede a los cursos sobre salud y promueve una alimentación vegetariana. Lo que le ha impedido, sobre esto no menciona nada. Existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa.

- c) Ejercicio físico: obtuvo un puntaje de 2.0, igual a la mediana de la muestra, lo que revela que frecuentemente hace ejercicio para estirar los músculos al menos tres veces por semana, a veces hace ejercicio vigoroso por 20 a 30 minutos al menos tres veces a la semana, a veces participa en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión, a veces cuando hace ejercicio físico controla su pulso, a veces hace ejercicio físico de recreo como caminar, nadar jugar fútbol, andar en bicicleta, etc. La EEP muestra que no hace ejercicio frecuentemente, que camina poco, solo media hora a diario, lo que le ayuda, no menciona, en cuanto a lo que le impide hacer ejercicio, no manifiesta nada. Existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa.

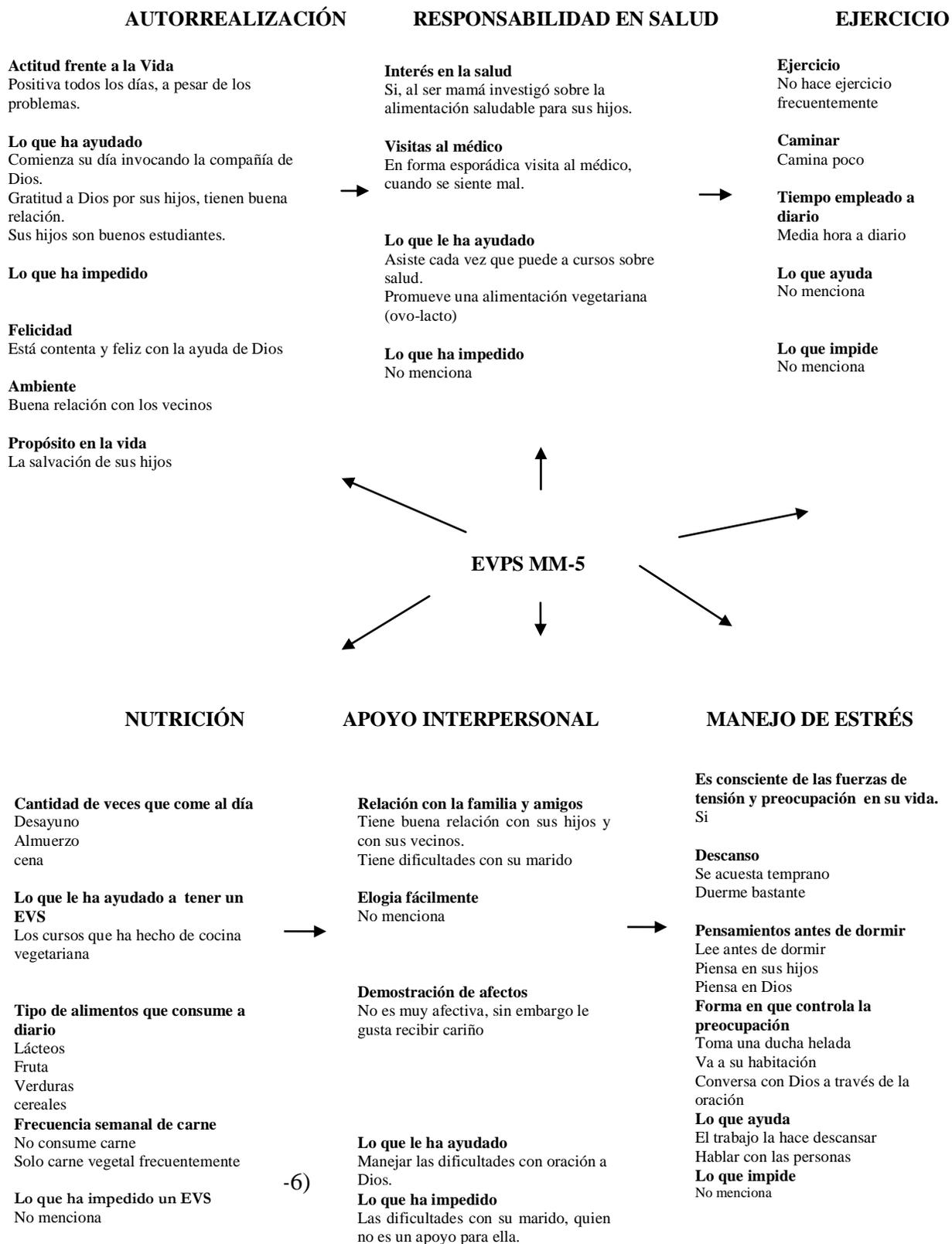
- d) Nutrición: En esta área la participante obtuvo el máximo puntaje en el re-test de Pender 4.0, más alto que la mediana de las mujeres de la muestra. Siempre come al levantarse por la mañana, siempre escoge comidas que no contengan ingredientes artificiales o químicos para conservar la comida, siempre come tres buenas comidas al día, siempre lee las etiquetas de las comidas empaquetadas, enlatadas o conservas para identificar los ingredientes o nutrientes, siempre incluye en sus comidas alimentos que contengan fibra, como los granos, frutas y verduras, siempre consume alimentos balanceados que incluyen tanto vegetales, frutas, carne, legumbres y granos. La EEP refleja la misma frecuencia de alimentos al día, tres veces, lo que le ha ayudado a tener un EVS es haber participado de cursos de cocina, los tipos de alimento que consume a diario son lácteos, frutas, verduras y cereales, con una frecuencia de uso de carne semanal “no usa” ya que usa solo carne vegetal. Lo que ha impedido una mejor nutrición, no lo menciona en la entrevista. Existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa.
- e) Apoyo interpersonal: El puntaje en el re-test de Pender fue de 3.3, igual que la mediana, muestra que a veces conversa con amigos íntimos acerca de sus preocupaciones y problemas personales, frecuentemente elogia o alaba fácilmente a otras personas por sus éxitos, siempre le gusta dar y recibir cariños, abrazos de amigos íntimos, siempre mantiene adecuadas relaciones interpersonales con otros, como vecinos y compañeros de trabajo, a veces dedica tiempo a sus amigos íntimos, siempre es expresiva al demostrar fácilmente el interés, el amor y calor humano hacia otras personas, siempre da o recibe cariño de las personas que le interesan. La EEP mostro que su relación con los hijos y vecinos es buena, sin embargo tiene dificultades con su marido. frente al elogio a otros, no menciona nada. En cuanto a la demostración de afectos, no es muy afectiva para expresar sin embargo le

gusta recibir cariño, en cuanto a lo que le ha ayudado es el manejar las dificultades con oración, en cuanto a lo que ha impedido, las dificultades con su marido, la falta de comunicación. Existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa.

- f) Manejo de estrés: En esta área el puntaje alcanzado fue de 2.7, es más alto que la mediana comparado con sus pares en la muestra en el test de Pender, el cual informa que, a veces se da un tiempo para el descanso o siesta diariamente, y siempre es consciente de las fuerzas de tensión o preocupación en su vida, frecuentemente dedica 15 a 20 minutos para relajarse o meditar, a veces relaja los músculos antes de dormir, frecuentemente piensa en cosas agradables antes de dormir, frecuentemente encuentra maneras positivas para expresar sus sentimientos, a veces utiliza métodos específicos para controlar la preocupación o tensión. La EEP manifiesta que Sí, es consciente de las fuerzas de tensión y preocupación en su vida, en cuanto al descanso, se acuesta temprano, duerme bastante. En cuanto a los pensamientos antes de dormir, lee antes de dormir, piensa en sus hijos. La forma que tiene para controlar la preocupación es tomar una ducha helada, ir a su habitación y conversar con Dios a través de la oración. Lo que le ayuda a manejar el estrés es el trabajo y hablar con las personas. En relación a lo que le impide manejar el estrés no manifiesta nada. Existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa.
- g) En EVPS total el puntaje final en la escala de Pender fue de 3.2, es un buen puntaje, superior a la mediana, refleja el estilo de vida saludable que lleva, observamos que le baja el puntaje en el test de Pender las sub escala de Ejercicio Físico y Manejo de estrés esto se debe a, no controlar su pulso y no hacer ejercicio supervisado, no darse tiempo para el descanso diariamente, no relajar los músculos antes de dormir y no tener un método específico para controlar la preocupación, sin embargo en la EEP, ella menciona que duerme

bastante a diario, y que tiene un método específico para controlar la preocupación o tensión, las duchas de agua fría. Por lo tanto es una persona con un EVS. No existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa.

MAPA CONCEPTUAL DE LAS EEP DE MM-5



-6)

Esta participante obtuvo en PEVS Total, un puntaje de 2.9 en el re-test, este puntaje está más bajo que la mediana obtenido en el grupo seleccionado al azar de informantes para la EEP de las mujeres.

- a) **Autorrealización:** El puntaje en la escala psicométrica de Pender alcanzado en esta área en el re-test fue de 3.2 más bajo que la mediana de la muestra. Frecuentemente se respeta y cuida a si misma, frecuentemente toma la vida con entusiasmo y optimismo, frecuentemente cree que según pasan los años su vida va mejorando, frecuentemente se siente feliz y contenta, siempre es consciente de sus fuerzas y debilidades, siempre trabaja con apoyo en las metas a largo plazo en su vida, frecuentemente le interesa el futuro, a veces sabe lo que quiere conseguir en la vida, frecuentemente respeta sus logros y éxitos, frecuentemente ve cada nuevo día como interesante y con desafíos, siempre encuentra de su agrado y satisfacción el ambiente donde vive, frecuentemente es realista en las metas que se propone alcanzar, siempre cree que su vida tiene propósito. En la EEP manifiesta que su actitud frente a la vida es sentirse realizada. En relación con lo que le ha ayudado, dice que trabajar con niños la ha realizado y le ha aumentado su autoestima y le ha dado sentido a su vida. En relación a lo que ha impedido su realización, no menciona nada. En cuanto a la felicidad, se siente feliz con la realización de sus hijos y la unidad de la familia. En relación con el ambiente en que vive, goza de un buen ambiente familiar y buena relación con los vecinos. En cuanto a su propósito en la vida, ayudar a que sus hijos logren su meta de concluir sus estudios profesionales. No existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa, ya que la EEP revela un nivel alto de autorrealización.
- b) **Responsabilidad en Salud:** El puntaje alcanzado en esta área es de 2.1 en la escala de Pender, más baja que la mediana de sus pares, al analizar su respuestas en el test de Pender encontramos que a veces refiere al médico

cualquier síntoma extraño, que siempre se hace exámenes de sangre para ver su nivel de colesterol, a veces lee libros de salud, a veces pregunta a su doctor o busca otra opinión cuando no le convence las recomendaciones que le hace, a veces conversa con otros profesionales calificados sus inquietudes respecto al cuidado de la salud, a veces se controla la presión sanguínea y sabe el resultado, a veces asiste a programas educativos sobre el mejoramiento del medioambiente, a veces pide información a profesionales de la salud sobre como cuidarse o cómo conservar bien su salud, frecuentemente examina su cuerpo para observar o detectar cambios o alguna señal de peligro, cuando menos una vez al mes. A veces asiste a programas educativos sobre el cuidado personal de la salud. En el análisis argumentativo de la EEP podemos señalar que en relación a su interés en la salud, si tiene interés, en cuanto a las visitas al médico, se realiza un chequeo anual, está sana, lo que le ha ayudado es el leer bastante sobre salud, privilegia la medicina natural y la prevención de la enfermedad. Lo que le ha impedido, no menciona nada. Pareciera ser que hay una inconsistencia entre los dos instrumentos, es posible que en el periodo del re-test la participante mostrara indiferencia a las conductas preventivas de la sub escala Responsabilidad en Salud y al hacer la EEP retomara su interés y una conducta más responsable sobre su salud. No existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa, por lo deducido anteriormente.

- c) Ejercicio físico: obtuvo un puntaje de 2.4, más alto que la mediana de sus pares tomados en esta muestra, lo que revela que frecuentemente hace ejercicio para estirar los músculos al menos tres veces por semana, frecuentemente hace ejercicio vigoroso por 20 a 30 minutos al menos tres veces a la semana, a veces participa en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión, a veces cuando hace ejercicio físico controla su pulso, frecuentemente hace ejercicio físico de recreo como caminar, nadar jugar futbol, andar en bicicleta, etc. La EEP muestra que no hace ejercicio físico,

camina solo para tomar el bus, que el tiempo empleado a diario no lo menciona, lo que le ayuda no lo menciona, en cuanto a lo que le impide hacer ejercicio es el tiempo. No existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa.

- d) Nutrición: En esta área la participante obtuvo uno de los tres puntajes más altos en el re-test de Pender 3.7, un poco más alto que la mediana de la muestra. Siempre come al levantarse por la mañana, siempre escoge comidas que no contengan ingredientes artificiales o químicos para conservar la comida, frecuentemente come tres buenas comidas al día, siempre lee las etiquetas de las comidas empaquetadas, enlatadas o conservas para identificar los ingredientes o nutrientes, frecuentemente incluye en sus comidas alimentos que contengan fibra, como los granos, frutas y verduras, siempre consume alimentos balanceados que incluyen tanto vegetales, frutas, carne, legumbres y granos. La EEP muestra la ingesta de dos comidas y una colación al día, el uso del mismo tipo de alimentos, lo que le ha ayudado a tener un EVS es la lectura sobre salud preventiva, los tipos de alimento que consume a diario son verduras, legumbres y cereales, con una frecuencia de uso de carne semanal de una vez, Lo que ha impedido una mejor nutrición, no lo menciona en la entrevista. Existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa.
- e) Apoyo interpersonal: El puntaje en el re-test de Pender fue de 3.3, igual que la mediana, muestra que a veces conversa con amigos íntimos acerca de sus preocupaciones y problemas personales, siempre elogia o alaba fácilmente a otras personas por sus éxitos, frecuentemente le gusta dar y recibir cariños, abrazos de amigos íntimos, siempre mantiene adecuadas relaciones interpersonales con otros, como vecinos y compañeros de trabajo, frecuentemente dedica tiempo a su amigos íntimos, siempre es expresiva al demostrar fácilmente el interés, el amor y calor humano hacia otras personas,

frecuentemente da o recibe cariño de las personas que le interesan. La EEP mostró que tiene una buena relación con la familia y con los amigos. Frente al elogio, le produce alegría el éxito de otros. En cuanto a la demostración de afectos, es poco demostrativa con su esposo y mucho con los niños pequeños que tiene a su cargo. En cuanto a lo que le ha ayudado, es la actitud de poner el equilibrio, la calma, ya que todos los problemas tienen solución, también le ha ayudado la Comunicación y buscar la ayuda en Dios, en cuanto a lo que ha impedido, no menciona nada en la EEP. Existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa.

- f) Manejo de estrés: En esta área el puntaje alcanzado fue de 2.9, es más alto que la mediana, comparado con sus pares en la muestra en el test de Pender, el cual informa que, a veces se da un tiempo para el descanso o siesta diariamente, siempre es consciente de las fuerzas de tensión o preocupación en su vida, a veces dedica 15 a 20 minutos para relajarse o meditar, a veces relaja los músculos antes de dormir, siempre piensa en cosas agradables antes de dormir, frecuentemente encuentra maneras positivas para expresar sus sentimientos, frecuentemente utiliza métodos específicos para controlar la preocupación o tensión. La EEP manifiesta que Sí, es consciente de las fuerzas de tensión y preocupación en su vida, en cuanto al descanso, descansa el fin de semana, además duerme ocho horas a diario. Los pensamientos antes de dormir, piensa en qué va a cocinar el día siguiente, qué debe hacer el día siguiente, si los perros tienen comida y en el dinero para el pasaje de los hijos. La forma que tiene para controlar la preocupación es haciendo actividad, conversando, riéndose mucho. Lo que le ayuda a manejar el estrés es compartir con su esposo las preocupaciones, buscan juntos la solución. En relación a lo que le impide manejar el estrés no menciona. Existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa.
- g) En EVPS total el puntaje final en la escala de Pender fue de 2.9, es un puntaje inferior a la mediana de las mujeres de la muestra y refleja el estilo de vida

saludable que lleva, podemos observar que en responsabilidad en Salud y Ejercicio físico están los puntajes más bajos del re-test, así como en nutrición el puntaje más alto. Existe coherencia en cinco sub escalas en el re-test de Pender y la EEP excepto en Responsabilidad en Salud.

MAPA CONCEPTUAL DE LAS EEP DE LG-6



7)

Esta participante obtuvo en PEVS Total, un puntaje de 3.0 en el re-test, este puntaje es igual a la mediana obtenido en el grupo seleccionado al azar de informantes para la EEP de las mujeres.

- a) **Autorrealización:** El puntaje en la escala psicométrica de Pender alcanzado en esta área en el re-test fue de 3.2 más bajo que la mediana de la muestra. siempre se respeta y cuida a sí misma, nunca toma la vida con entusiasmo y optimismo, nunca cree que según pasan los años su vida va mejorando, a veces se siente feliz y contenta, siempre es consciente de sus fuerzas y debilidades, siempre trabaja con apoyo en las metas a largo plazo en su vida, siempre le interesa el futuro, siempre sabe lo que quiere conseguir en la vida, siempre respeta sus logros y éxitos, a veces ve cada nuevo día como interesante y con desafíos, frecuentemente encuentra de su agrado y satisfacción el ambiente donde vive, siempre es realista en las metas que se propone alcanzar, frecuentemente cree que su vida tiene propósito. En la EEP manifiesta que su actitud frente a la vida es que desconoce si se siente realizada en la vida. En relación con lo que le ha ayudado, dice que la familia. En relación a lo que ha impedido su realización, no menciona nada. En cuanto a la felicidad, cree que es feliz. En relación con el ambiente en que vive, cree que es un buen ambiente, la familia y los amigos, lo considera ideal, un ambiente sano. En cuanto a su propósito en la vida, no tiene un propósito personal, cita los logros de los hijos y de la familia. Existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa.

- b) **Responsabilidad en Salud:** El puntaje alcanzado en esta área es de 2.9 en la escala de Pender, más alto que la mediana de sus pares, al analizar sus respuestas en el test de Pender encontramos que, a veces refiere al médico cualquier síntoma extraño, que nunca se hace exámenes de sangre para ver su nivel de colesterol, siempre lee libros de salud, nunca pregunta a su doctor o busca otra opinión cuando no le convence las recomendaciones que le hace,

frecuentemente conversa con otros profesionales calificados sus inquietudes respecto al cuidado de la salud, siempre se controla la presión sanguínea y sabe el resultado, siempre asiste a programas educativos sobre el mejoramiento del medioambiente, siempre pide información a profesionales de la salud sobre cómo cuidarse o cómo conservar bien su salud, frecuentemente examina su cuerpo para observar o detectar cambios o alguna señal de peligro, cuando menos una vez al mes, frecuentemente asiste a programas educativos sobre el cuidado personal de la salud. En el análisis argumentativo de la EEP podemos señalar que en relación a su interés en la salud, si, pero no tiene tiempo para leer, en cuanto a las visitas al médico, muy rara vez va al médico, lo que le ha ayudado es la alimentación saludable, su religión. Lo que le ha impedido, no tiene tiempo para leer y anteriormente, hace cuatro años leía mucho sobre salud. Pareciera ser que hay una inconsistencia entre los dos instrumentos, en cuanto a la lectura de material de salud, es posible que en el periodo del re-test la participante mostrara mayor interés en la lectura sobre temas de salud. No existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa, la cual refleja una realidad que refleja comportamiento saludable.

- c) Ejercicio físico: obtuvo un puntaje de 3.6, el más alto de su grupo y más alto que la mediana de sus pares tomados en ésta muestra, lo que revela que frecuentemente hace ejercicio para estirar los músculos al menos tres veces por semana, siempre hace ejercicio vigoroso por 20 a 30 minutos al menos tres veces a la semana, a veces participa en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión, siempre cuando hace ejercicio físico controla su pulso, siempre hace ejercicio físico de recreo como caminar, nadar jugar fútbol, andar en bicicleta, etc. La EEP muestra que no hace ejercicio físico, el tiempo empleado es nada, lo que le ayuda son los quehaceres de la casa, en cuanto a lo que le impide hacer ejercicio es una lesión ocurrida después del re-test, lo cual explica el alto puntaje obtenido cuando sistemáticamente hacía

ejercicio físico y ahora, el no hacer ejercicio, ni siquiera poder caminar. No existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa, por lo antes mencionado.

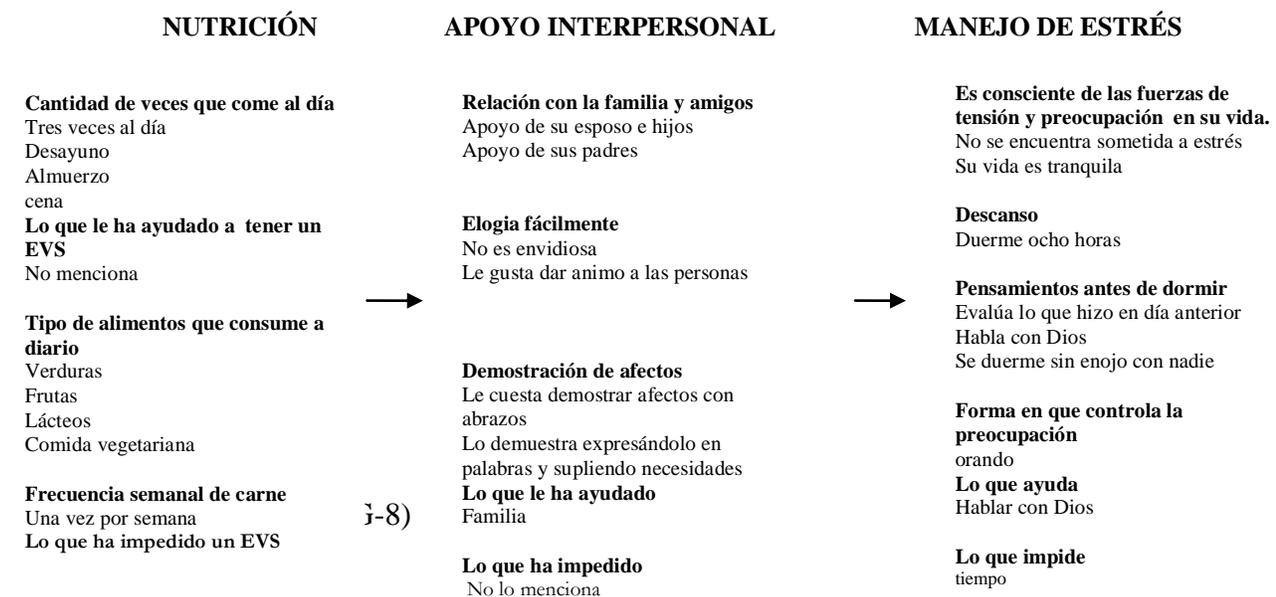
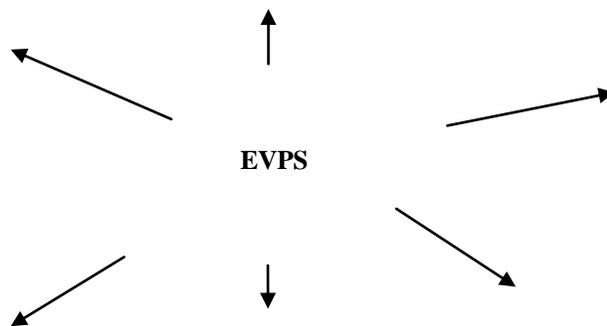
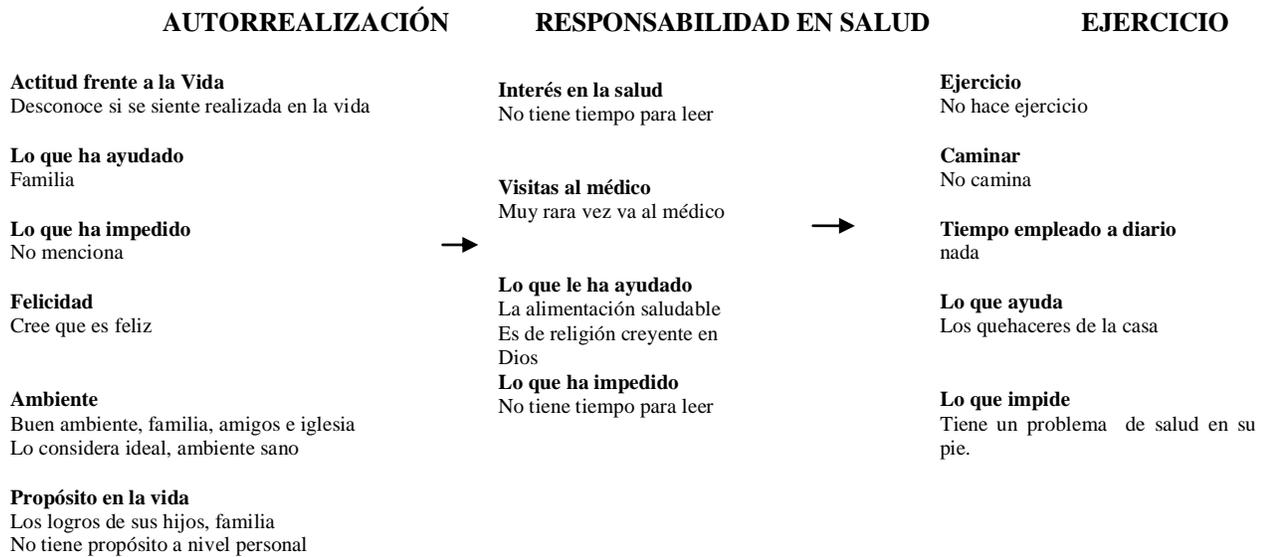
- d) Nutrición: En esta área la participante obtuvo el puntaje en el re-test de Pender de 3.5, igual a la mediana de la muestra. Siempre come al levantarse por la mañana, siempre escoge comidas que no contengan ingredientes artificiales o químicos para conservar la comida, frecuentemente come tres buenas comidas al día, siempre lee las etiquetas de las comidas empaquetadas, enlatadas o conservas para identificar los ingredientes o nutrientes, siempre incluye en sus comidas alimentos que contengan fibra, como los granos, frutas y verduras, a veces consume alimentos balanceados que incluyen tanto vegetales, frutas, carne, legumbres y granos. La EEP muestra la ingesta de tres comidas al día, desayuno, almuerzo y cena, lo que le ha ayudado a tener un EVS, no lo menciona, los tipos de alimento que consume a diario son verduras, frutas, lácteos, comida vegetariana, con una frecuencia de uso de carne semanal de una vez, Lo que ha impedido una mejor nutrición, no lo menciona en la entrevista. Existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa.
- e) Apoyo interpersonal: El puntaje en el re-test de Pender fue de 3.1, más bajo que la mediana, muestra que a veces conversa con amigos íntimos acerca de sus preocupaciones y problemas personales, siempre elogia o alaba fácilmente a otras personas por sus éxitos, frecuentemente le gusta dar y recibir cariños, abrazos de amigos íntimos, siempre mantiene adecuadas relaciones interpersonales con otros, como vecinos y compañeros de trabajo, a veces dedica tiempo a su amigos íntimos, frecuentemente es expresiva al demostrar fácilmente el interés, el amor y calor humano hacia otras personas, siempre da o recibe cariño de las personas que le interesan. La EEP mostró que tiene apoyo de su esposo e hijos y apoyo de sus padres. Frente al elogio a otros,

responde que no es envidiosa, le gusta dar apoyo a las personas. En cuanto a la demostración de afectos, le cuesta demostrar afectos con abrazos, lo demuestra expresándolo con palabras y supliendo necesidades. En cuanto a lo que le ha ayudado es su familia, en cuanto a lo que le ha impedido, no menciona nada en la EEP. Existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa.

- f) Manejo de estrés: En esta área el puntaje alcanzado fue de 2.3, es más bajo que la mediana comparado con sus pares en la muestra en el test de Pender, el cual informa que, nunca se da un tiempo para el descanso o siesta diariamente, siempre es consciente de las fuerzas de tensión o preocupación en su vida, a veces dedica 15 a 20 minutos para relajarse o meditar, nunca relaja los músculos antes de dormir, a veces piensa en cosas agradables antes de dormir, frecuentemente encuentra maneras positivas para expresar sus sentimientos, frecuentemente utiliza métodos específicos para controlar la preocupación o tensión. La EEP manifiesta que no se encuentra sometida a estrés, su vida es tranquila, en cuanto al descanso, duerme ocho horas. Sus pensamientos antes de dormir, evalúa lo que hizo en el día anterior, se duerme sin enojo con nadie. La forma que tiene para controlar la preocupación es la oración. Lo que le ayuda a manejar el estrés es hablar con Dios. En relación a lo que le impide manejar el estrés, es el tiempo. Existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa.
- g) En EVPS total el puntaje final en la escala de Pender fue de 3.0, es un puntaje igual a la mediana de las mujeres y refleja el estilo de vida saludable que lleva, al contrastar ambos estudios cuantitativo y cualitativo podemos observar que en ejercicio físico hay una gran diferencia de comportamiento lo cual se debe a una lesión ocurrida después del re-test, lo cual muestra un comportamiento diferente, prácticamente sin actividad física. Existe

coherencia en las cinco sub escalas en el re-test de Pender y la EEP excepto en Ejercicio físico.

MAPA CONCEPTUAL DE LAS EEP DE VF-7



Esta participante obtuvo en PEVS Total, un puntaje de 3.1 en el re-test, este puntaje está más alto que la mediana obtenido en el grupo seleccionado al azar de informantes para la EEP de las mujeres.

- a) **Autorrealización:** El puntaje en la escala psicométrica de Pender alcanzado en esta área en el re-test fue de 3.3 más bajo que la mediana de las mujeres de la muestra. siempre se respeta y cuida a si misma, siempre toma la vida con entusiasmo y optimismo, siempre cree que según pasan los años su vida va mejorando, siempre se siente feliz y contenta, frecuentemente es consiente de sus fuerzas y debilidades, frecuentemente trabaja con apoyo en las metas a largo plazo en su vida, siempre le interesa el futuro, frecuentemente sabe lo que quiere conseguir en la vida, frecuentemente respeta sus logros y éxitos, siempre ve cada nuevo día como interesante y con desafíos, frecuentemente encuentra de su agrado y satisfacción el ambiente donde vive, frecuentemente es realista en las metas que se propone alcanzar, siempre cree que su vida tiene propósito. En la EEP manifiesta que su actitud frente a la vida es buena. En relación con lo que le ha ayudado, dice que es la presencia de Dios en su vida. En relación a lo que ha impedido su realización, no menciona nada. En cuanto a la felicidad, la presencia de Dios le da felicidad. En relación con el ambiente en que vive, cree que es un buen ambiente con buenas relaciones familiares. En cuanto a su propósito en la vida, es servir en todo lo que hace. Existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa.
- b) **Responsabilidad en Salud:** El puntaje alcanzado en esta área es de 2.3 en la escala de Pender, igual a la mediana de sus pares, al analizar su respuestas en el test de Pender encontramos que, a veces refiere al médico cualquier síntoma extraño, que a veces se hace exámenes de sangre para ver su nivel de colesterol, frecuentemente lee libros de salud, a veces pregunta a su doctor o busca otra opinión cuando no le convence las recomendaciones que le hace, a

veces conversa con otros profesionales calificados sus inquietudes respecto al cuidado de la salud, a veces se controla la presión sanguínea y sabe el resultado, a veces asiste a programas educativos sobre el mejoramiento del medioambiente, frecuentemente pide información a profesionales de la salud sobre cómo cuidarse o cómo conservar bien su salud, frecuentemente examina su cuerpo para observar o detectar cambios o alguna señal de peligro, cuando menos una vez al mes, a veces asiste a programas educativos sobre el cuidado personal de la salud. En el análisis argumentativo de la EEP podemos señalar que en relación a su interés en la salud, es consciente del cuidado de la salud para su cuerpo, le gusta leer sobre temas de salud, en cuanto a las visitas al médico, se hace chequeo anual con la matrona una vez al año, lo que le ha ayudado es su religión evangélica, no fuma, no bebe alcohol y tiene una alimentación saludable. Lo que le ha impedido, no menciona.

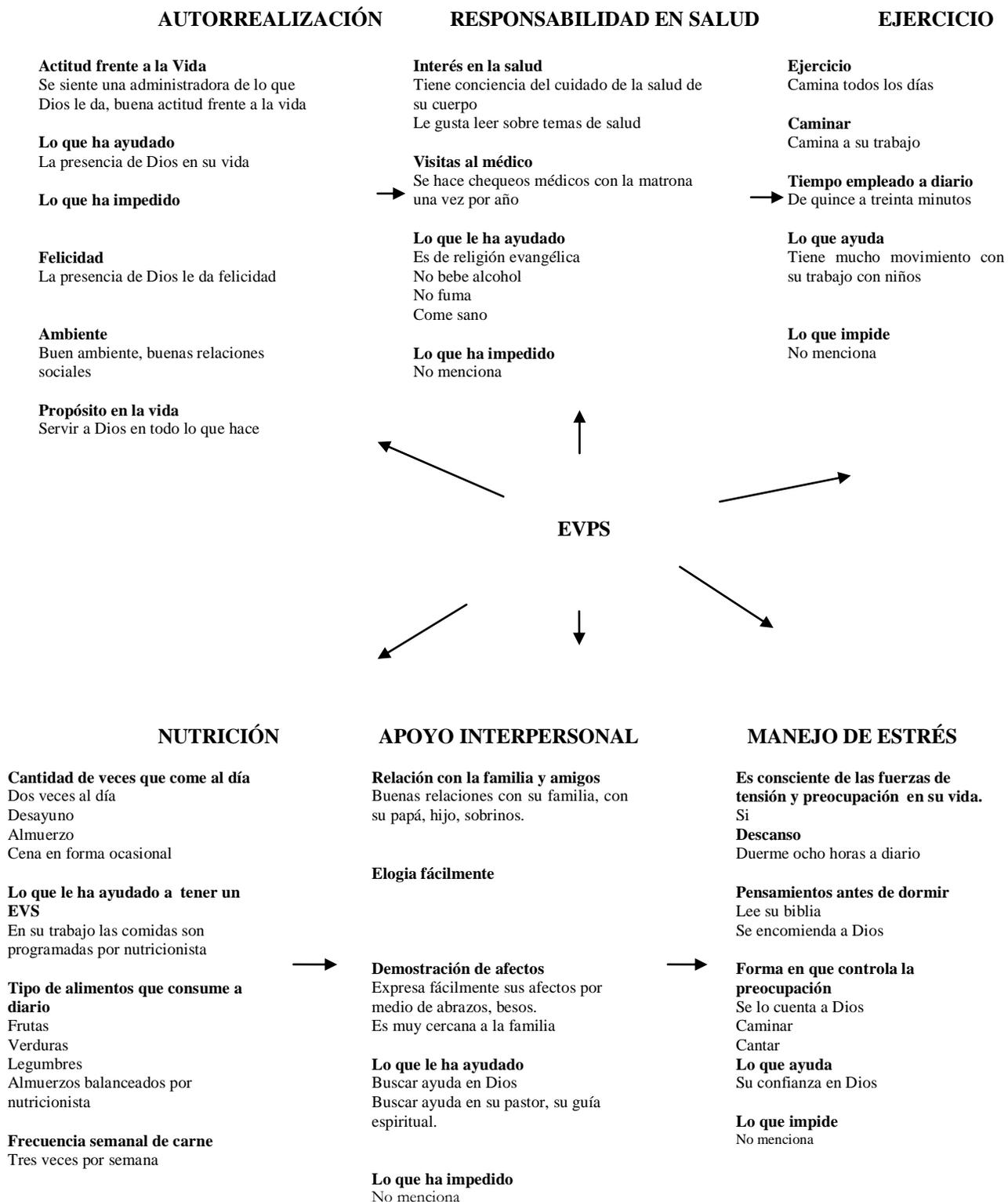
- c) Ejercicio físico: obtuvo un puntaje de 2.0, más bajo que la media e igual a la mediana de sus pares tomados en esta muestra, lo que revela que frecuentemente hace ejercicio para estirar los músculos al menos tres veces por semana, nunca hace ejercicio vigoroso por 20 a 30 minutos al menos tres veces a la semana, nunca participa en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión, nunca cuando hace ejercicio físico controla su pulso, siempre hace ejercicio físico de recreo como caminar, nadar jugar futbol, andar en bicicleta, etc. La EEP muestra que camina todos los días a su trabajo, el tiempo empleado es de quince a treinta minutos, lo que le ayuda es que tiene mucho movimiento con su trabajo con niños, en cuanto a lo que le impide, no menciona.
- d) Nutrición: En esta área la participante obtuvo el puntaje en el re-test de Pender de 3.5, un poco más alto que la media e igual a la mediana de la muestra. Frecuentemente come al levantarse por la mañana, frecuentemente escoge comidas que no contengan ingredientes artificiales o químicos para conservar

la comida, frecuentemente come tres buenas comidas al día, siempre lee las etiquetas de las comidas empaquetadas, enlatadas o conservas para identificar los ingredientes o nutrientes, siempre incluye en sus comidas alimentos que contengan fibra, como los granos, frutas y verduras, siempre consume alimentos balanceados que incluyen tanto vegetales, frutas, carne, legumbres y granos. La EEP muestra la ingesta de dos comidas al día, desayuno, almuerzo y cena en forma ocasional, lo que le ha ayudado a tener un EVS, en su trabajo las comidas son programadas por una nutricionista, los tipos de alimento que consume a diario son frutas, verduras, legumbres, con una frecuencia de uso de carne semanal de tres veces, Lo que ha impedido una mejor nutrición, no lo menciona en la entrevista. Existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa.

- e) Apoyo interpersonal: El puntaje en el re-test de Pender fue de 3.9, uno de los más altos entre sus pares más alto que la mediana. Muestra que, siempre conversa con amigos íntimos acerca de sus preocupaciones y problemas personales, siempre elogia o alaba fácilmente a otras personas por sus éxitos, siempre le gusta dar y recibir cariños, abrazos de amigos íntimos, siempre mantiene adecuadas relaciones interpersonales con otros, como vecinos y compañeros de trabajo, frecuentemente dedica tiempo a su amigos íntimos, siempre es expresiva al demostrar fácilmente el interés, el amor y calor humano hacia otras personas, siempre da o recibe cariño de las personas que le interesan. La EEP mostró que tiene buenas relaciones con su familia, con su papa, hijo, sobrinos. Frente al elogio a otros, no menciona. En cuanto a la demostración de afectos, expresa fácilmente sus afectos por medio de abrazos, besos, es muy cercana a la familia. En cuanto a lo que le ha ayudado, es buscar ayuda en Dios, buscar ayuda en su guía espiritual, en cuanto a lo que le ha impedido, no menciona nada en la EEP. Existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa.

- f) Manejo de estrés: En esta área el puntaje alcanzado fue de 3.0, es más alto que la mediana comparado con sus pares en la muestra en el test de Pender, el cual informa que, nunca se da un tiempo para el descanso o siesta diariamente, frecuentemente es consciente de las fuerzas de tensión o preocupación en su vida, frecuentemente dedica 15 a 20 minutos para relajarse o meditar, a veces relaja los músculos antes de dormir, siempre piensa en cosas agradables antes de dormir, siempre encuentra maneras positivas para expresar sus sentimientos, siempre utiliza métodos específicos para controlar la preocupación o tensión. La EEP manifiesta que es consciente de las fuerzas de tensión, en cuanto al descanso, duerme ocho horas a diario. Sus pensamientos antes de dormir, son leer su biblia y encomendarse a Dios. La forma que tiene para controlar la preocupación es contarle todo a Dios, caminar, cantar. Lo que le ayuda a manejar el estrés es su confianza en Dios. En relación a lo que le impide manejar el estrés, no lo menciona. Existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa.
- g) En EVPS total el puntaje final en la escala de Pender fue de 3.1, es un puntaje más alto que la mediana y refleja el estilo de vida saludable que lleva, al contrastar ambos estudios cuantitativo y cualitativo podemos observar que existe plena armonía y coherencia.

MAPA CONCEPTUAL DE LAS EEP DE MG-8



Informante (SA-9)

Esta participante obtuvo en PEVS Total, un puntaje de 2.5 en el re-test, este puntaje está más bajo que la mediana obtenido en el grupo seleccionado al azar de informantes para la EEP de las mujeres.

- a) **Autorrealización:** El puntaje en la escala psicométrica de Pender alcanzado en esta área en el re-test fue de 2.8 más bajo que la mediana de la muestra. Frecuentemente se respeta y cuida a si misma, frecuentemente toma la vida con entusiasmo y optimismo, frecuentemente cree que según pasan los años su vida va mejorando, frecuentemente se siente feliz y contenta, frecuentemente es consciente de sus fuerzas y debilidades, frecuentemente trabaja con apoyo en las metas a largo plazo en su vida, frecuentemente le interesa el futuro, frecuentemente sabe lo que quiere conseguir en la vida, frecuentemente respeta sus logros y éxitos, frecuentemente ve cada nuevo día como interesante y con desafíos, a veces encuentra de su agrado y satisfacción el ambiente donde vive, frecuentemente es realista en las metas que se propone alcanzar, a veces cree que su vida tiene propósito. En la EEP manifiesta que su actitud frente a la vida es positiva para ver la vida. En relación con lo que le ha ayudado, dice que es el haber construido con su esposo su casa, también la felicidad de sus hijos, su trabajo, la realiza, también ser madre y esposa. En relación a lo que ha impedido su realización, no menciona nada. En cuanto a la felicidad, dice que es feliz. En relación con el ambiente en que vive, tiene buena comunicación con sus compañeras de trabajo y con su familia. En cuanto a su propósito en la vida, es ser una buena esposa, ser una buena madre y cumplir con su trabajo. Existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa.
- b) **Responsabilidad en Salud:** El puntaje alcanzado en esta área es de 2.3 en la escala de Pender, igual a la mediana de sus pares, al analizar sus respuestas en el test de Pender encontramos que, a veces refiere al médico cualquier síntoma

extraño, que a veces se hace exámenes de sangre para ver su nivel de colesterol, a veces lee libros de salud, a veces pregunta a su doctor o busca otra opinión cuando no le convence las recomendaciones que le hace, a veces conversa con otros profesionales calificados sus inquietudes respecto al cuidado de la salud, a veces se controla la presión sanguínea y sabe el resultado, frecuentemente asiste a programas educativos sobre el mejoramiento del medioambiente, a veces pide información a profesionales de la salud sobre cómo cuidarse o cómo conservar bien su salud, a veces examina su cuerpo para observar o detectar cambios o alguna señal de peligro, cuando menos una vez al mes, a veces asiste a programas educativos sobre el cuidado personal de la salud. En el análisis argumentativo de la EEP podemos señalar que en relación a su interés en la salud, es que si tiene interés, en cuanto a las visitas al médico, se hace chequeo preventivo anual, lo que le ha ayudado es tener conciencia de su problema de sobre peso, tiene dificultad en una rodilla, la responsabilidad sobre los hijos le ha ayudado a preocuparse de su salud. Lo que le ha impedido, son las responsabilidades en el trabajo y casa, tiene poco tiempo. Existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa.

- c) Ejercicio físico: obtuvo un puntaje de 2.6, más alto que la mediana de sus pares tomados en esta muestra, lo que revela que frecuentemente hace ejercicio para estirar los músculos al menos tres veces por semana, frecuentemente hace ejercicio vigoroso por 20 a 30 minutos al menos tres veces a la semana, frecuentemente participa en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión, nunca cuando hace ejercicio físico controla su pulso, frecuentemente hace ejercicio físico de recreo como caminar, nadar jugar futbol, andar en bicicleta, etc. La EEP muestra que sube y baja escaleras a diario, y prepara a los niños para el colegio, no camina, el aseo de la casa es su actividad física, el tiempo empleado a diario no lo menciona, lo que le ayuda son las actividades domésticas, en cuanto a lo que le impide, es el

tiempo que emplea en ver televisión y una lesión en la rodilla le impide tener frecuencia de ejercicio físico. Existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa.

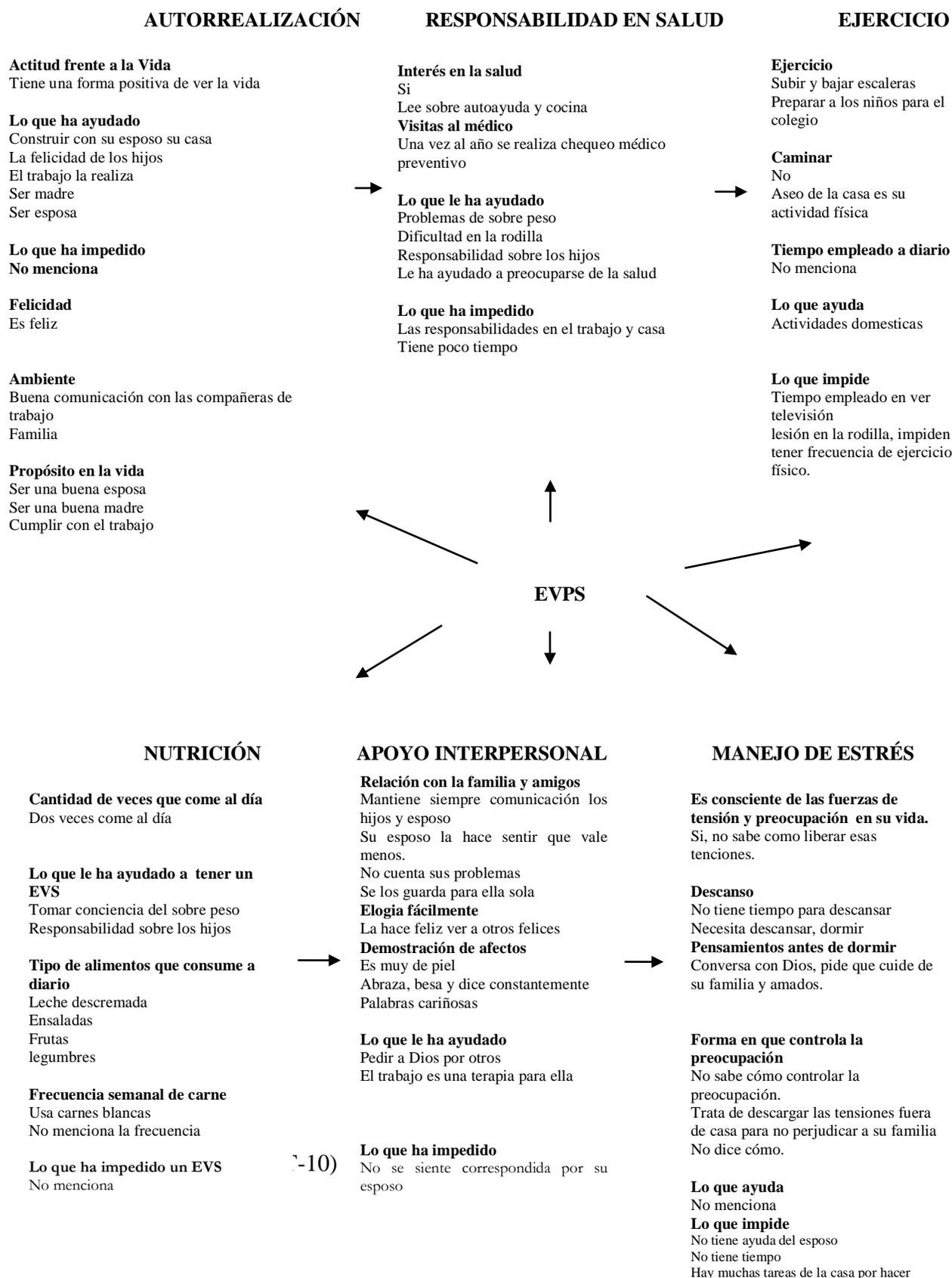
- d) Nutrición: En esta área la participante obtuvo el puntaje en el re-test de Pender de 2.5, el más bajo del grupo, más bajo que la mediana de la muestra. Nunca come al levantarse por la mañana, a veces escoge comidas que no contengan ingredientes artificiales o químicos para conservar la comida, frecuentemente come tres buenas comidas al día, frecuentemente lee las etiquetas de las comidas empaquetadas, enlatadas o conservas para identificar los ingredientes o nutrientes, frecuentemente incluye en sus comidas alimentos que contengan fibra, como los granos, frutas y verduras, frecuentemente consume alimentos balanceados que incluyen tanto vegetales, frutas, carne, legumbres y granos. La EEP muestra la ingesta de dos comidas al día, desayuno y almuerzo, lo que le ha ayudado a tener un EVS, es el haber tomado conciencia de su sobre peso y la responsabilidad sobre sus hijos, los tipos de alimento que consume a diario son leche descremada, ensaladas, frutas, legumbres, no menciona la frecuencia de uso de carne semanal, sin embargo menciona que son solo carnes blancas, Lo que ha impedido una mejor nutrición, no lo menciona en la entrevista. Existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa.
- e) Apoyo interpersonal: El puntaje en el re-test de Pender fue de 2.6, más bajo que la mediana, muestra que, a veces conversa con amigos íntimos acerca de sus preocupaciones y problemas personales, frecuentemente elogia o alaba fácilmente a otras personas por sus éxitos, siempre le gusta dar y recibir cariños, abrazos de amigos íntimos, frecuentemente mantiene adecuadas relaciones interpersonales con otros, como vecinos y compañeros de trabajo, a veces dedica tiempo a su amigos íntimos, frecuentemente es expresiva al demostrar fácilmente el interés, el amor y calor humano hacia otras personas,

frecuentemente da o recibe cariño de las personas que le interesan. La EEP mostró que mantiene siempre comunicación con los hijos y esposo, sin embargo su esposo le hace sentir que vale menos que él, no cuenta sus problemas, se los guarda para ella sola. Frente al elogio a otros, la hace feliz ver a otros felices. En cuanto a la demostración de afectos, es muy de piel, abraza, besa y dice constantemente palabras cariñosas. En cuanto a lo que le ha ayudado, es pedir a Dios por otros y el trabajo es una terapia para ella, en cuanto a lo que le ha impedido, no se siente correspondida por su esposo. Existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa.

- f) Manejo de estrés: En esta área el puntaje alcanzado fue de 2.3, es más bajo que la mediana comparado con sus pares en la muestra en el test de Pender, el cual informa que, a veces se da un tiempo para el descanso o siesta diariamente, frecuentemente es consciente de las fuerzas de tensión o preocupación en su vida, a veces dedica 15 a 20 minutos para relajarse o meditar, a veces relaja los músculos antes de dormir, a veces piensa en cosas agradables antes de dormir, frecuentemente encuentra maneras positivas para expresar sus sentimientos, a veces utiliza métodos específicos para controlar la preocupación o tensión. La EEP manifiesta que es consciente de las fuerzas de tensión, sin embargo no sabe cómo liberar esas tensiones, en cuanto al descanso, no tiene tiempo para descansar, necesita descansar y dormir, dice. Sus pensamientos antes de dormir, reza, pide por su familia y amados. La forma que tiene para controlar la preocupación, dice no saber cómo controlarla, trata de descargar las tensiones fuera de casa, para no perjudicar a su familia, no dice cómo. Lo que le ayuda a manejar el estrés, en relación a eso no dice nada. En relación a lo que le impide manejar el estrés, dice que no tiene apoyo del esposo, no tiene tiempo, hay muchas tareas de la casa por hacer. Existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa.

- g) En EVPS total el puntaje final en la escala de Pender fue de 2.5, es un puntaje más bajo que la mediana de las mujeres y refleja el estilo de vida que lleva, al contrastar ambos estudios cuantitativo y cualitativo podemos observar que existe plena armonía y coherencia.

MAPA CONCEPTUAL DE LAS EEP DE SA-9



Esta participante obtuvo en PEVS Total, un puntaje de 2.7 en el re-test, este puntaje está más bajo que la mediana obtenido en el grupo seleccionado al azar de informantes para la EEP.

- a) **Autorrealización:** El puntaje en la escala psicométrica de Pender alcanzado en esta área en el re-test fue de 3.8, más alto que la mediana de la muestra. siempre se respeta y cuida a sí misma, siempre toma la vida con entusiasmo y optimismo, siempre cree que según pasan los años su vida va mejorando, siempre se siente feliz y contenta, frecuentemente es consciente de sus fuerzas y debilidades, siempre trabaja con apoyo en las metas a largo plazo en su vida, siempre le interesa el futuro, frecuentemente sabe lo que quiere conseguir en la vida, siempre respeta sus logros y éxitos, siempre ve cada nuevo día como interesante y con desafíos, siempre encuentra de su agrado y satisfacción el ambiente donde vive, siempre es realista en las metas que se propone alcanzar, siempre cree que su vida tiene propósito. En la EEP manifiesta que su actitud frente a la vida es buena ya que se siente realizada y feliz. En relación con lo que le ha ayudado, dice que es la familia. En relación a lo que ha impedido su realización, no menciona nada. En cuanto a la felicidad, dice que es una persona feliz. En relación con el ambiente en que vive, tiene un buen ambiente familiar y laboral. En cuanto a su propósito en la vida, es que sus hijos vayan a la universidad y sean felices.

- b) **Responsabilidad en Salud:** El puntaje alcanzado en esta área es de 1.5 en la escala de Pender, es el más bajo de su grupo, más bajo que la mediana de sus pares, al analizar sus respuestas en el test de Pender encontramos que, a veces refiere al médico cualquier síntoma extraño, que a veces se hace exámenes de sangre para ver su nivel de colesterol, nunca lee libros de salud, nunca pregunta a su doctor o busca otra opinión cuando no le convence las recomendaciones que le hace, nunca conversa con otros profesionales calificados sus inquietudes respecto al cuidado de la salud, nunca se controla

la presión sanguínea y sabe el resultado, nunca asiste a programas educativos sobre el mejoramiento del medioambiente, a veces pide información a profesionales de la salud sobre cómo cuidarse o cómo conservar bien su salud, siempre examina su cuerpo para observar o detectar cambios o alguna señal de peligro, cuando menos una vez al mes, nunca asiste a programas educativos sobre el cuidado personal de la salud. En el análisis argumentativo de la EEP podemos señalar que en relación a su interés en la salud, manifiesta que es poco, porque se encuentra saludable, en cuanto a las visitas al médico, no visita al médico, no se hace chequeo médico preventivo, lo que le ha ayudado es sentirse saludable junto a su familia. Lo que le ha impedido, es que al gozar de salud actualmente, le impide hacer chequeos médicos preventivos. No existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa, ya que sus indicadores son muy bajos y sin embargo goza de muy buena salud.

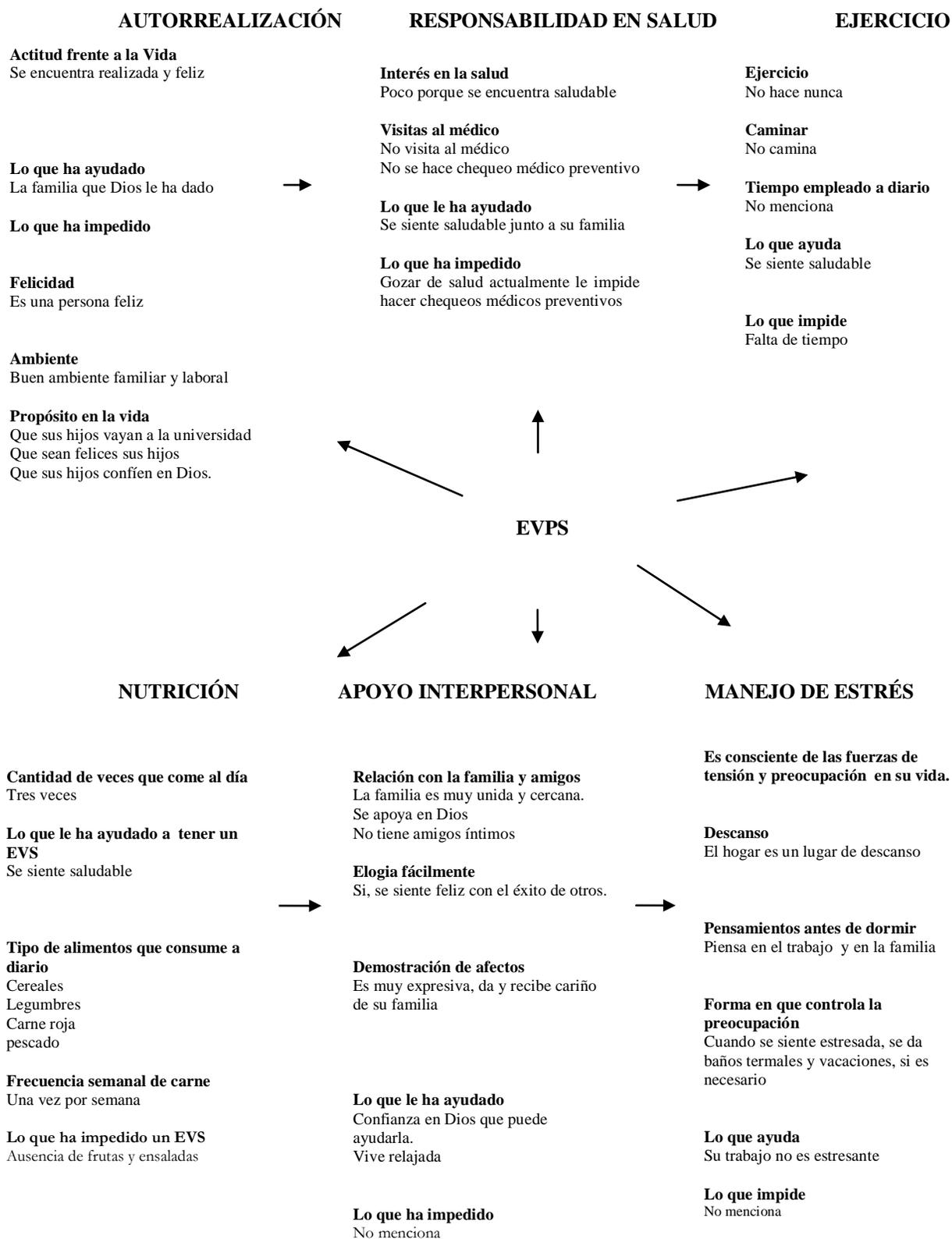
- c) Ejercicio físico: obtuvo un puntaje de 1.0, el más bajo de la muestra, más bajo que la mediana de sus pares, lo que revela que, nunca hace ejercicio para estirar los músculos al menos tres veces por semana, nunca hace ejercicio vigoroso por 20 a 30 minutos al menos tres veces a la semana, nunca participa en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión, nunca cuando hace ejercicio físico controla su pulso, nunca hace ejercicio físico de recreo como caminar, nadar jugar futbol, andar en bicicleta, etc. La EEP muestra que no hace ejercicio físico nunca, no camina, el tiempo empleado a diario no lo menciona, lo que le ayuda es que se siente saludable, en cuanto a lo que le impide, es la falta de tiempo. Existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa.
- d) Nutrición: En esta área la participante obtuvo el puntaje en el re-test de Pender de 3.7, más alto que la mediana de la muestra. Siempre come al levantarse por la mañana, a veces escoge comidas que no contengan ingredientes artificiales

o químicos para conservar la comida, siempre come tres buenas comidas al día, siempre lee las etiquetas de las comidas empaquetadas, enlatadas o conservas para identificar los ingredientes o nutrientes, siempre incluye en sus comidas alimentos que contengan fibra, como los granos, frutas y verduras, siempre consume alimentos balanceados que incluyen tanto vegetales, frutas, carne, legumbres y granos. La EEP muestra la ingesta de tres comidas al día, desayuno, almuerzo y cena, lo que le ha ayudado a tener un EVS, es que se siente saludable, los tipos de alimento que consume a diario son cereales, legumbres, carne roja, pescado, la frecuencia de uso de carne semanal es de una vez por semana. Lo que ha impedido una mejor nutrición, es la ausencia de frutas y ensaladas en su dieta, ella desea aumentar la cantidad de estos alimentos y la frecuencia. Existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa.

- e) Apoyo interpersonal: El puntaje en el re-test de Pender fue de 3.7, más alto que la mediana, muestra que, siempre conversa con amigos íntimos acerca de sus preocupaciones y problemas personales, siempre elogia o alaba fácilmente a otras personas por sus éxitos, siempre le gusta dar y recibir cariños, abrazos de amigos íntimos, siempre mantiene adecuadas relaciones interpersonales con otros, como vecinos y compañeros de trabajo, a veces dedica tiempo a su amigos íntimos, siempre es expresiva al demostrar fácilmente el interés, el amor y calor humano hacia otras personas, siempre da o recibe cariño de las personas que le interesan. La EEP mostró que su familia es muy unida y cercana, no tiene amigos íntimos. Frente al elogio a otros, elogia fácilmente, se siente feliz con el éxito de otros. En cuanto a la demostración de afectos, es muy expresiva, da y recibe cariño de su familia. En cuanto a lo que le ha ayudado, la confianza en Dios que puede ayudarla, vive relajada, en cuanto a lo que le ha impedido, no menciona nada. Existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa.

- f) Manejo de estrés: En esta área el puntaje alcanzado fue de 1.9, es el más bajo de su grupo, es más bajo que la mediana y más bajo que la media comparado con sus pares en la muestra en el re-test de Pender, el cual informa que, a veces se da un tiempo para el descanso o siesta diariamente, siempre es consciente de las fuerzas de tensión o preocupación en su vida, nunca dedica 15 a 20 minutos para relajarse o meditar, nunca relaja los músculos antes de dormir, nunca piensa en cosas agradables antes de dormir, frecuentemente encuentra maneras positivas para expresar sus sentimientos, a veces utiliza métodos específicos para controlar la preocupación o tensión. La EEP no menciona que es consciente de las fuerzas de tensión, en cuanto al descanso, su hogar es su lugar de descanso. Sus pensamientos antes de dormir, piensa en el trabajo y en la familia. La forma que tiene para controlar la preocupación, cuando se siente estresada, se da baños termales y vacaciones, si es necesario. Lo que le ayuda a manejar el estrés, dice que su trabajo no es estresante. En relación a lo que le impide manejar el estrés, no menciona nada. Existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa.
- g) En EVPS total el puntaje final en la escala de Pender fue de 2.7, es un puntaje más bajo que la mediana y no refleja el estilo de vida saludable que lleva, al contrastar ambos estudios cuantitativo y cualitativo podemos observar que existe plena armonía y coherencia por ser cifras cercanas a la realidad. Es importante mencionar que esta participante debe adquirir conductas que aumenten su puntaje en responsabilidad en salud y ejercicio físico.

MAPA CONCEPTUAL DE LAS EEP DE DT-10



Informante (AR-11)

Esta participante obtuvo en PEVS Total, un puntaje de 3.0 en el re-test, este puntaje es igual a la mediana obtenido en el grupo seleccionado al azar de informantes para la EEP de las mujeres.

- a) **Autorrealización:** El puntaje en la escala psicométrica de Pender alcanzado en esta área en el re-test fue de 3.8, uno de los más altos de su grupo, más alto que la mediana de la muestra. siempre se respeta y cuida a si misma, siempre toma la vida con entusiasmo y optimismo, siempre cree que según pasan los años su vida va mejorando, siempre se siente feliz y contenta, frecuentemente es consciente de sus fuerzas y debilidades, siempre trabaja con apoyo en las metas a largo plazo en su vida, siempre le interesa el futuro, siempre sabe lo que quiere conseguir en la vida, siempre respeta sus logros y éxitos, siempre ve cada nuevo día como interesante y con desafíos, a veces encuentra de su agrado y satisfacción el ambiente donde vive, siempre es realista en las metas que se propone alcanzar, siempre cree que su vida tiene propósito. En la EEP manifiesta que su actitud frente a la vida es comenzar un nuevo día con gratitud, con desafíos y con actitud de ser feliz, se siente realizada administrando los recursos en forma eficiente. En relación con lo que le ha ayudado, dice que es la dependencia de Dios con su familia. En relación a lo que ha impedido su realización, el barrio donde vive no es tranquilo. En cuanto a la felicidad, dice que es una persona feliz por todo lo que Dios le ha dado, lo cree inmerecido. En relación con el ambiente en que vive, tiene un buen ambiente familiar. En cuanto a su propósito en la vida, es agradecer a Dios, estar en paz consigo misma y con la familia. Existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa.
- b) **Responsabilidad en Salud:** El puntaje alcanzado en esta área es de 2.8 en la escala de Pender, más alto que la mediana de sus pares, al analizar su respuestas en el re-test de Pender encontramos que, siempre refiere al médico

cualquier síntoma extraño, que frecuentemente se hace exámenes de sangre para ver su nivel de colesterol, a veces lee libros de salud, siempre pregunta a su doctor o busca otra opinión cuando no le convence las recomendaciones que le hace, siempre conversa con otros profesionales calificados sus inquietudes respecto al cuidado de la salud, frecuentemente se controla la presión sanguínea y sabe el resultado, nunca asiste a programas educativos sobre el mejoramiento del medioambiente, frecuentemente pide información a profesionales de la salud sobre cómo cuidarse o cómo conservar bien su salud, frecuentemente examina su cuerpo para observar o detectar cambios o alguna señal de peligro, cuando menos una vez al mes, nunca asiste a programas educativos sobre el cuidado personal de la salud. En el análisis argumentativo de la EEP podemos señalar que en relación a su interés en la salud, manifiesta que si es importante para ella, para realizar las tareas cotidianas, en cuanto a las visitas al médico, se realiza chequeo médico anual, lo que le ha ayudado es asistir a charlas de estilo de vida saludable, charlas del cuidado del embarazo y una buena alimentación. Lo que le ha impedido, el sedentarismo le perjudica su salud. Existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa.

- c) Ejercicio físico: obtuvo un puntaje de 1.8, más bajo que la mediana de sus pares tomados en esta muestra, lo que revela que, nunca hace ejercicio para estirar los músculos al menos tres veces por semana, nunca hace ejercicio vigoroso por 20 a 30 minutos al menos tres veces a la semana, nunca participa en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión, nunca cuando hace ejercicio físico controla su pulso, frecuentemente hace ejercicio físico de recreo como caminar, nadar jugar futbol, andar en bicicleta, etc. La EEP muestra que no hace ejercicio físico, solo el orden de la casa, lleva vida sedentaria, no camina, el tiempo empleado a diario no lo menciona, lo que le ayuda, no menciona, en cuanto a lo que le impide, es que no le gusta salir de

casa. Existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa.

- d) Nutrición: En esta área la participante obtuvo el puntaje en el re-test de Pender de 2.7, más bajo que la mediana de la muestra. A veces come al levantarse por la mañana, a veces escoge comidas que no contengan ingredientes artificiales o químicos para conservar la comida, a veces come tres buenas comidas al día, siempre lee las etiquetas de las comidas empaquetadas, enlatadas o conservas para identificar los ingredientes o nutrientes, siempre incluye en sus comidas alimentos que contengan fibra, como los granos, frutas y verduras, siempre consume alimentos balanceados que incluyen tanto vegetales, frutas, carne, legumbres y granos. La EEP muestra la ingesta de tres comidas al día, desayuno, almuerzo y cena, lo que le ha ayudado a tener un EVS, son las charlas sobre salud, los tipos de alimento que consume a diario son lácteos, fruta, verdura, yerba mate, la frecuencia de uso de carne semanal es de dos veces por semana. Lo que ha impedido una mejor nutrición, es el sedentarismo. Existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa.
- e) Apoyo interpersonal: El puntaje en el re-test de Pender fue de 3.9, uno de los dos más altos de su grupo, más alto que la mediana, muestra que, siempre conversa con amigos íntimos acerca de sus preocupaciones y problemas personales, siempre elogia o alaba fácilmente a otras personas por sus éxitos, siempre le gusta dar y recibir cariños, abrazos de amigos íntimos, siempre mantiene adecuadas relaciones interpersonales con otros, como vecinos y compañeros de trabajo, frecuentemente dedica tiempo a su amigos íntimos, siempre es expresiva al demostrar fácilmente el interés, el amor y calor humano hacia otras personas, siempre da o recibe cariño de las personas que le interesan. La EEP mostró que en la relación con la familia y amigos, tiene el apoyo de su esposo y de su suegra cuando surgen problemas. Frente al

elogio a otros, sí, se siente contenta con el éxito y realización de los demás. En cuanto a la demostración de afectos, demuestra su cariño con la preparación de las comidas, no es de toques, no es de palabras de amor en el diario vivir. En cuanto a lo que le ha ayudado, confía en que Dios suplirá y le ayudará en sus problemas, vive relajada, en cuanto a lo que le ha impedido, no menciona nada. Existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa.

- f) Manejo de estrés: En esta área el puntaje alcanzado fue de 2.3, es más bajo que la mediana comparado con sus pares en la muestra en el re-test de Pender, el cual informa que, nunca se da un tiempo para el descanso o siesta diariamente, frecuentemente es consciente de las fuerzas de tensión o preocupación en su vida, nunca dedica 15 a 20 minutos para relajarse o meditar, nunca relaja los músculos antes de dormir, siempre piensa en cosas agradables antes de dormir, siempre encuentra maneras positivas para expresar sus sentimientos, a veces utiliza métodos específicos para controlar la preocupación o tensión. En la EEP dice que es consciente de las fuerzas de tensión, aunque generalmente está relajada, en cuanto al descanso, duerme las horas que corresponde (ocho), le gusta descansar con su familia, salir de vacaciones. Sus pensamientos antes de dormir, habla con Dios por medio de la oración y se duerme. La forma que tiene para controlar la preocupación, reflexiona y se calma, piensa en los propósitos. Lo que le ayuda a manejar el estrés, dice que confía en que Dios le ayuda a resolver los problemas. En relación a lo que le impide manejar el estrés, no menciona nada. Existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa.
- g) En EVPS total el puntaje final en la escala de Pender fue de 3.0, es un puntaje igual a la mediana de las mujeres y refleja el estilo de vida saludable que lleva, al contrastar ambos estudios cuantitativo y cualitativo podemos observar que existe plena armonía y coherencia.

MAPA CONCEPTUAL DE LAS EEP DE AR-11



Informante (SJ-12)

Esta participante obtuvo en PEVS Total, un puntaje de 3.0 en el re-test, este puntaje es igual a la mediana obtenido en el grupo seleccionado al azar de informantes para la EEP de las mujeres.

- a) Autorrealización: El puntaje en la escala psicométrica de Pender alcanzado en esta área en el re-test fue de 3.4, igual a la mediana de la muestra. frecuentemente se respeta y cuida a si misma, frecuentemente toma la vida con entusiasmo y optimismo, siempre cree que según pasan los años su vida va mejorando, frecuentemente se siente feliz y contenta, frecuentemente es consciente de sus fuerzas y debilidades, frecuentemente trabaja con apoyo en las metas a largo plazo en su vida, frecuentemente le interesa el futuro, frecuentemente sabe lo que quiere conseguir en la vida, siempre respeta sus logros y éxitos, frecuentemente ve cada nuevo día como interesante y con desafíos, siempre encuentra de su agrado y satisfacción el ambiente donde vive, siempre es realista en las metas que se propone alcanzar, siempre cree que su vida tiene propósito. En la EEP manifiesta que su actitud frente a la vida es aceptar lo que viene cada día. En relación con lo que le ha ayudado, dice que tener una familia la ha realizado, le hace sentir bien y lucha por ella. En relación a lo que ha impedido su realización, no menciona. En cuanto a la felicidad, dice que es feliz, estando su hija y esposo bien. En relación con el ambiente en que vive, es un buen ambiente, su familia conforma en gran parte su ambiente. En cuanto a su propósito en la vida, sobrellevar su vida de tal modo que le dé felicidad interna. Existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa.
- b) Responsabilidad en Salud: El puntaje alcanzado en esta área es de 3.0 en la escala de Pender, es más alto que la mediana de sus pares, al analizar su respuestas en el re-test de Pender encontramos que, frecuentemente refiere al médico cualquier síntoma extraño, que frecuentemente se hace exámenes de

sangre para ver su nivel de colesterol, frecuentemente lee libros de salud, frecuentemente pregunta a su doctor o busca otra opinión cuando no le convence las recomendaciones que le hace, frecuentemente conversa con otros profesionales calificados sus inquietudes respecto al cuidado de la salud, frecuentemente se controla la presión sanguínea y sabe el resultado, frecuentemente asiste a programas educativos sobre el mejoramiento del medioambiente, frecuentemente pide información a profesionales de la salud sobre cómo cuidarse o cómo conservar bien su salud, frecuentemente examina su cuerpo para observar o detectar cambios o alguna señal de peligro, cuando menos una vez al mes, nunca asiste a programas educativos sobre el cuidado personal de la salud. En el análisis argumentativo de la EEP podemos señalar que en relación a su interés en la salud, manifiesta que sí tiene interés, en cuanto a las visitas al médico, se realiza chequeo médico una vez al año, lo que le ha ayudado son las capacitaciones y cursos que ha tomado le han servido para salir de los bajones que ha tenido. Lo que le ha impedido, el sobre exigirse en responsabilidades. Existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa.

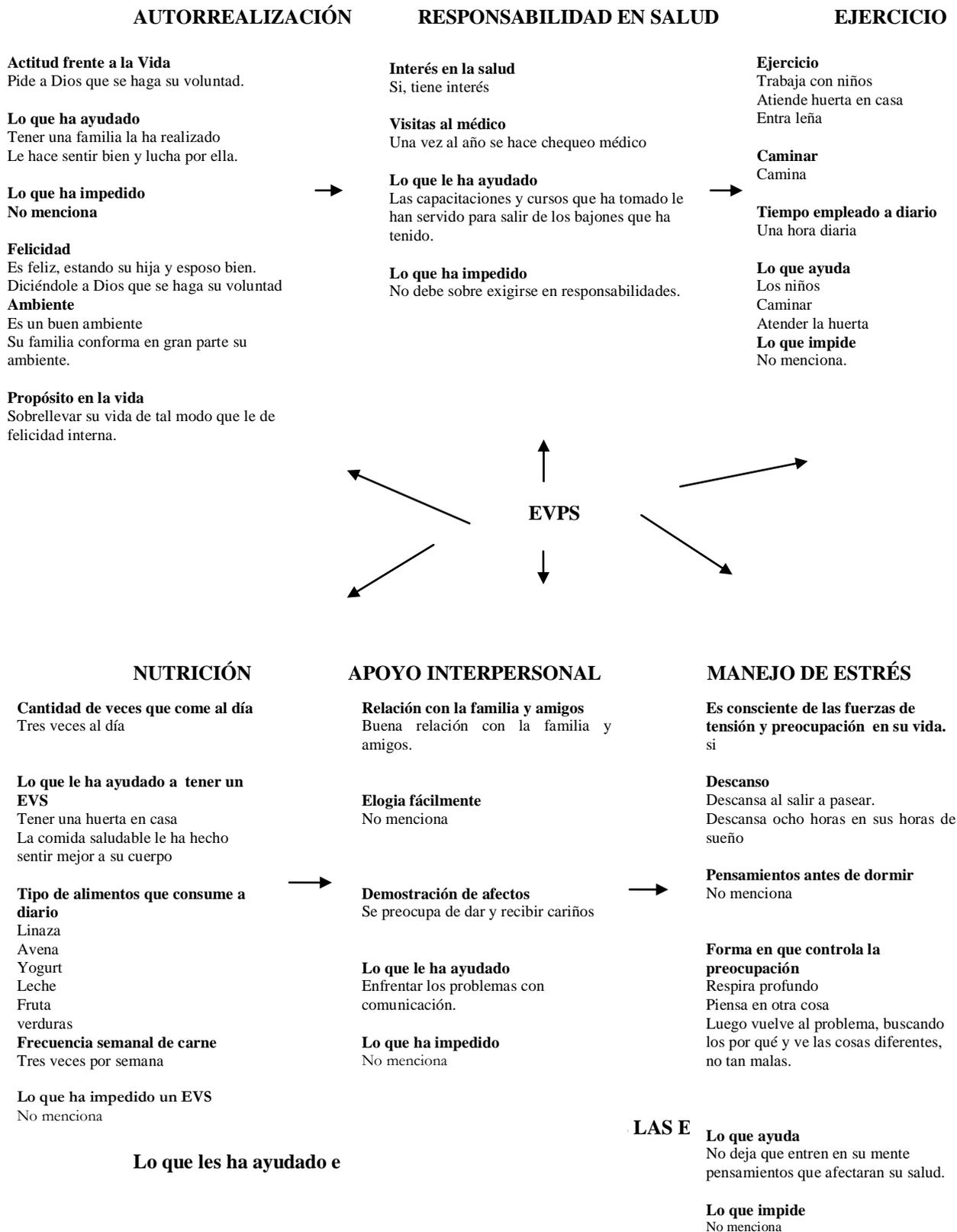
- c) Ejercicio físico: obtuvo un puntaje de 2.0, igual a la mediana de sus pares tomados en esta muestra, lo que revela que, frecuentemente hace ejercicio para estirar los músculos al menos tres veces por semana, a veces hace ejercicio vigoroso por 20 a 30 minutos al menos tres veces a la semana, nunca participa en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión, nunca, cuando hace ejercicio físico controla su pulso, frecuentemente hace ejercicio físico de recreo como caminar, nadar jugar fútbol, andar en bicicleta, etc. La EEP informa en relación a ejercicio físico que trabaja con niños en actividades, atiende una huerta en casa, entra leña, camina, el tiempo empleado a diario es de una hora, lo que le ayuda, los niños, caminar, atender la huerta, en cuanto a lo que le impide, no menciona. Existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa.

- d) **Nutrición:** En esta área la participante obtuvo el puntaje en el re-test de Pender de 3.7, más alto que la mediana de la muestra. Siempre come al levantarse por la mañana, siempre escoge comidas que no contengan ingredientes artificiales o químicos para conservar la comida, frecuentemente come tres buenas comidas al día, siempre lee las etiquetas de las comidas empaquetadas, enlatadas o conservas para identificar los ingredientes o nutrientes, frecuentemente incluye en sus comidas alimentos que contengan fibra, como los granos, frutas y verduras, siempre consume alimentos balanceados que incluyen tanto vegetales, frutas, carne, legumbres y granos. La EEP muestra la ingesta de tres comidas al día, desayuno, almuerzo y cena, lo que le ha ayudado a tener un EVS, es tener una huerta en casa y la comida saludable le ha hecho bien a su cuerpo, los tipos de alimento que consume a diario son linaza, avena, yogurt, leche, fruta, verduras, la frecuencia de uso de carne semanal es de tres veces por semana. Lo que ha impedido una mejor nutrición, no menciona. Existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa.
- e) **Apoyo interpersonal:** El puntaje en el re-test de Pender fue de 3.0, más bajo que la mediana, muestra que, frecuentemente conversa con amigos íntimos acerca de sus preocupaciones y problemas personales, a veces elogia o alaba fácilmente a otras personas por sus éxitos, frecuentemente le gusta dar y recibir cariños, abrazos de amigos íntimos, siempre mantiene adecuadas relaciones interpersonales con otros, como vecinos y compañeros de trabajo, frecuentemente dedica tiempo a su amigos íntimos, frecuentemente es expresiva al demostrar fácilmente el interés, el amor y calor humano hacia otras personas, frecuentemente da o recibe cariño de las personas que le interesan. La EEP mostró que tiene buena relación con la familia y amigos. Frente al elogio a otros, no menciona. En cuanto a la demostración de afectos, se preocupa de dar y recibir cariños. En cuanto a lo que le ha ayudado, enfrentar los problemas con comunicación, en cuanto a lo que le ha impedido,

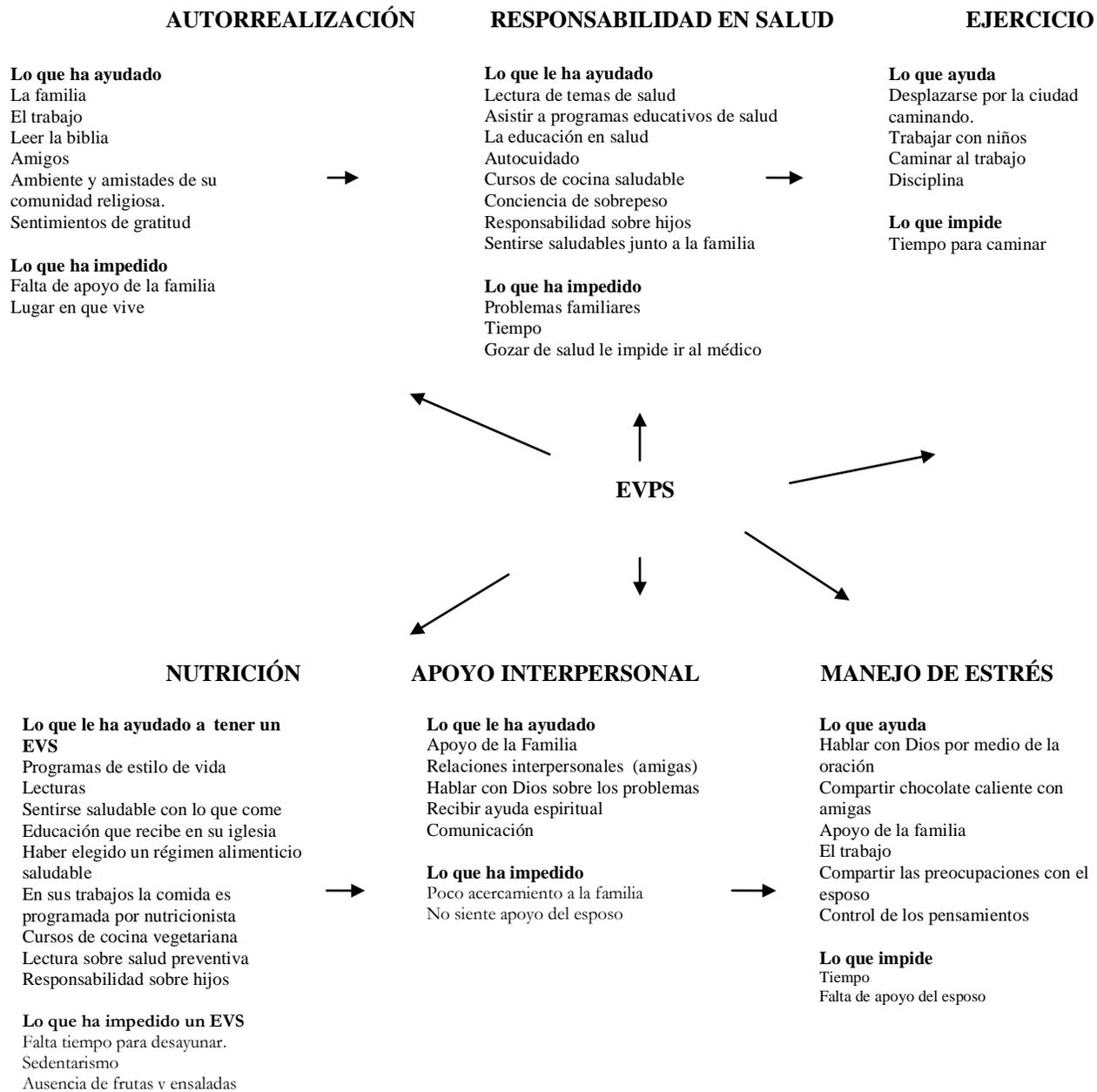
no menciona. Existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa.

- f) Manejo de estrés: En esta área el puntaje alcanzado fue de 2.6, es igual a la mediana comparado con sus pares de la muestra en el re-test de Pender, el cual informa que, nunca se da un tiempo para el descanso o siesta diariamente, frecuentemente es consciente de las fuerzas de tensión o preocupación en su vida, frecuentemente dedica 15 a 20 minutos para relajarse o meditar, a veces relaja los músculos antes de dormir, frecuentemente piensa en cosas agradables antes de dormir, frecuentemente encuentra maneras positivas para expresar sus sentimientos, frecuentemente utiliza métodos específicos para controlar la preocupación o tensión. En la EEP dice que es consciente de las fuerzas de tensión, en cuanto al descanso, descansa al salir a pasear, descansa ocho horas en sus horas de sueño. Sus pensamientos antes de dormir, no menciona. La forma que tiene para controlar la preocupación, Respira profundo, piensa en otra cosa, luego vuelve a los problemas buscando los por qué, y ve las cosas diferentes, no tan malas. Lo que le ayuda a manejar el estrés, no deja que entren a su mente pensamientos que afectarán su salud. En relación a lo que le impide manejar el estrés, no menciona nada. Existe coherencia entre los indicadores cuantitativos y la investigación cualitativa.
- g) En EVPS total el puntaje final en la escala de Pender fue de 3.0, es un puntaje igual a la mediana de las mujeres y refleja el estilo de vida saludable que lleva, al contrastar ambos estudios cuantitativo y cualitativo podemos observar que existe plena armonía y coherencia.

MAPA CONCEPTUAL DE LAS EEP DE SJ-12



Lo que les ha ayudado e



9. DISCUSIÓN

Es indudable que el enfoque de promoción de la salud es reconocido hoy mundialmente, como la estrategia de alto rendimiento costo-beneficio para mejorar la salud de los individuos. Cuando el cliente es la familia o la comunidad, tiene un valor agregado. En estas situaciones, tanto la familia como la comunidad son responsables del desarrollo de la salud de las futuras generaciones, porque es en este contexto que se transmiten valores, actitudes y conductas relacionadas con la salud, resumidas en estilos de vida familiar saludables capaces de reducir situaciones de riesgo.

Diversos estudios llevados a cabo en Chile y también en el extranjero, en diferentes grupos etarios, han enfatizado los beneficios que representa la implementación de programas de promoción de la salud en el logro de un estilo de vida saludable. (Alvarez, Muzzo, Ivanovic, 1985; Berciana & Ordovás, 2014; Burdine, et al., 1984; Chile, INE, 2013; Donnelly, et al., 1996; Foster, 1989; Fraser, Sumbureru, Pribis, Neil, Frankson, 1997; González Brauer, Cortés, & Rizo Baeza, 2014; Jauregui, et al., 1998; OMS, 1990; OPS, 1996; Pender, et al., 2001; Reynolds, et al., 1998; Reynolds, et al., 2000; Singh, Fraser, 1998; Singh, Fraser, Knutsen, Lindsted, Bennett, 2001; The World Medical Association, 1964; Walker, 1990; WHO, 2004)

Al observar los resultados del estudio efectuado en el año 2002, así como los indicadores del estudio del año 2010 y el análisis argumentativo de las Entrevistas en Profundidad nos damos cuenta que la estrategia comunicativa con la cual se implementó la intervención Programa Promotor de Estilo de Vida Saludable (PPEVS) ha contribuido al mantenimiento de los cambios de comportamiento en el tiempo en cinco de las seis dimensiones, de estos hallazgos se desprende también que las mujeres de la comuna participantes en la intervención, tienen una frecuencia de actividades promotoras de salud. Este hecho podría explicarse por la participación en el Programa Promotor de Estilo de Vida Saludable PPEVS.

En nutrición las mujeres presentaron el más alto puntaje sostenido en el tiempo en los períodos de pre-test y post-test en el año 2002 y se mantuvieron en su

cambio de comportamiento después de ocho años, lo que muestra una frecuencia de actividades tal, que el re-test igualó en puntaje al post-test en esta dimensión. Este hecho se explicaría por los diferentes refuerzos que complementaron esta área tales como clases teóricas y prácticas de cocina saludable, así como el apoyo de la familia y amigos; se destaca también la dimensión de autorrealización con puntajes sobresalientes en las tres mediciones, este indicador puede explicarse por las diversas actividades que realizan a favor de la comuna, como asistencia social y el desarrollo progresivo con logros académicos y laborales que contribuyeron a su realización personal, así, la mitad de las mujeres participó el año 2002 practicando bailes folklóricos todas las semanas durante seis meses, las demás también practicaron ejercicio físico después de la intervención por un periodo similar, lo que tuvo mucha injerencia en los indicadores de su autorrealización, lo cual sabemos gracias a la información obtenida por las EEP ya que la dimensión ejercicio físico, si bien muestra cambios significativos entre el pre-test y el post-test, en el re-test muestra una baja considerable. La información aportada por el estudio cualitativo nos revela que fue también de gran ayuda en su autorrealización: la familia, el trabajo, los amigos, el ambiente y la gratitud. En algunos casos los puntajes bajos, disminuyeron su autorrealización al no contar con su familia.

La tercera dimensión con puntajes altos es el manejo y control del estrés, lo cual se explica por la red de apoyo social y confianza.

En responsabilidad en salud, las mujeres mostraron medianas más altas en el pre-test, el post-test y levemente más altas en el re-test en comparación con las dimensiones citadas, probablemente debido a la conciencia de cuidado de su cuerpo que adquieren, el sentirse saludables, la asistencia periódica a programas de salud, los servicios de salud pública con demoras en la atención son una barrera, lo que ha quedado de manifiesto en diferentes estudios a nivel internacional. (Álvarez, et al., 1985; Chile, INE, 2013; Fraser, Sumbureru, et al., 1997; The World Medical Association, 1964; Singh, et al., 1998; Singh, et al., 2001; Walker, 1990).

Las EEP también nos dieron importante información sobre responsabilidad en salud, dimensión que tiene bajo puntaje en el re-test, sin embargo, las mujeres manifiestan que les ha ayudado las lecturas, los programas de salud, los cursos de cocina saludable y el autocuidado, la mayoría no consulta al médico porque no se siente enferma y manifiesta que la falta de tiempo es la barrera para chequeos frecuentes, aunque se constató un descenso en las medianas entre los períodos de post-test y re-test, tendieron a mantener a lo largo de ocho años los cambios positivos en esta sub escala. Es probable que esto se deba a las orientaciones recibidas en el PEVPS, ellas valoran la entrevista con profesionales del área médica, cuando presentan síntomas de posible enfermedad o anomalías, acudiendo a los consultorios y en algunos casos haciendo el esfuerzo económico de visitar de forma particular al médico. La EEP nos aporta que les ha ayudado a su responsabilidad en salud, la alimentación saludable, la responsabilidad sobre sus hijos, en algunos casos el sobrepeso diagnosticado, el sentirse saludable junto a su familia, asistir a programas, charlas sobre salud. Les ha impedido alcanzar mejores puntajes, el tiempo para leer sobre salud, el sedentarismo y en algunos casos el gozar de salud.

En ejercicio, comenzaron con un puntaje bajo; para después de la intervención alcanzar un alto puntaje; no obstante, las mujeres mostraron el mayor descenso en el re-test, luego de ocho años después de la intervención, es probable que esto se deba a la a una falla en la continuidad de refuerzos con el fin de lograr hábitos, en cuanto a ejercicios bajo supervisión. Las EEP nos informaron acerca de las diferentes actividades que realizan las mujeres como, caminar más de 30 minutos, aseo de la casa, movilizarse frecuentemente a pie o en bicicleta, información que no contempla el test de Pender, lo cual a simple vista no es coherente con los puntajes. El bajo puntaje en el pre-test podría explicarse por la vida sedentaria de las mujeres, estilo de vida previo a la intervención; si bien es cierto existía el conocimiento, no se le había dado la debida importancia. El re-test efectuado el año 2010 muestra que los cambios favorables no se han mantenido en el tiempo en las participantes. En cuanto a lo que les impide hacer más ejercicio aeróbico, es la falta de tiempo. Las mujeres citan que

hacen poco ejercicio, solo quehaceres domésticos, el trabajo con niños y el sentirse saludables, en cuanto a lo que les impide, manifiestan problemas de salud como, problemas en la rodilla, en los pies, falta de tiempo y el no querer salir de casa.

En nutrición, las medianas muestran que las mujeres tienen una dieta muy saludable, ya que muchas de ellas declararon tener un régimen ovo-lacto vegetariano, bajo en calorías y grasas animales y rico en fibra dietaria. Se puede observar que tenían conocimiento previo, en relación a las características de una dieta saludable y que, por la intervención educativa, hubo también un cambio favorable de comportamiento. La EEP nos señala que ha sido de mucha ayuda, la asistencia a programas de Estilo de Vida, las lecturas, los cursos de cocina, tener un régimen alimenticio saludable, sin embargo les ha impedido una mejor nutrición la falta de tiempo para la primera comida del día, el tomar un buen desayuno es un hábito que aún no está arraigado del todo. El aumento y mantenimiento del alto puntaje obtenido en esta dimensión manifiesta el positivo impacto de la intervención educativa producto del desarrollo del PEVPS. La mediana del re-test efectuado en el presente estudio muestra que las mujeres han logrado mantener los cambios de comportamiento en esta dimensión. Esto se debe probablemente al apoyo familiar, ya que no solo es necesario manejar información, conocimiento de conductas promotoras de vida saludable, también se hace necesario mantener un refuerzo en forma periódica, que permita mantener el cambio de conducta, también debemos considerar el permanente soporte de cursos de cocina y salud por parte de voluntarios, los cuales funcionan como una red de apoyo social. (Álvarez, et al., 1985; Chile; Fraser, et al., 1997; Singh, et al., 2001; The World Medical Association, 1964; Walker, 1990).

También lo que les ha ayudado a mantener en parte una buena nutrición es que, en muchos casos, en sus trabajos reciben colaciones que consideran un almuerzo balanceado por una nutricionista, las charlas sobre salud, el sentirse saludable, la responsabilidad sobre los hijos y el comer saludable les hace sentirse bien. En

relación a lo que les ha impedido aumentar el puntaje, en algunos casos ha sido la ausencia de frutas y ensaladas.

En apoyo interpersonal, las mujeres de la muestra presentaron en el pre-test valores relativamente altos en sus medianas; lograron aumentar considerablemente en el período de post-test, es importante mencionar que en el período de re-test ocho años después, las medianas muestran que se mantienen cambios de conducta, aun considerando que bajaron el indicador después de la intervención, sin embargo consideramos que ha habido una buena internalización de estas conductas. Es importante señalar que ésta es una de las dimensiones más altas, en el periodo de re-test, la cual aumenta la escala total. Esto puede deberse al apoyo social que encuentran en las amistades de la unidad educativa, así como en su núcleo familiar. La EEP señala que los elementos que han ayudado a mantener esta conducta en las mujeres son el apoyo de la familia, las relaciones interpersonales en su comunidad, la dependencia de un ser supremo, apoyo de los amigos y la comunicación, en cuanto a lo que ha impedido mantener los cambios logrados en el post test, algunas personas citan la falta de apoyo del esposo y poco acercamiento a la familia.

En cuanto a la dimensión manejo de estrés, las medianas del pre-test muestran un bajo puntaje que refleja dificultades para enfrentar condiciones de estrés con una baja frecuencia de actividades. Después de la intervención educativa, en el post-test, donde se les enseñó a controlar el estrés, subieron significativamente y lograron mantener un indicador alto en el re-test ocho años después, lo que podría deberse a la red de apoyo social, estilo de vida y fe, como ya se ha mencionado. Las EEP señalan que les ha ayudado a manejar el estrés, la oración, el trabajo, el compartir con amigas, el apoyo de la familia y compartir las preocupaciones con el esposo. Es interesante notar que algunas mujeres mencionan como factor que les impide manejar mejor su estrés, la falta de apoyo del esposo.

Los resultados del presente estudio permiten concluir que un programa educativo de promoción de la salud basado en el modelo de Pender, con la estrategia

comunicativa adecuada, podría ser de gran utilidad en una mejora de la calidad de vida de la población. (Coe, 1998; Bateson, 1972; Bateson, Hall, Watzlawick, 1990; Del Valle, & Matus, 2007; Eco, 1994; Eco, 2000; López, Parada, Simonetti, 1991; Mucchielli, 1998). El programa permite potenciar cada dimensión citada por la autora, lo que lo hace un programa integral, para promover aquellas conductas que fortalecen la salud y abandonar aquellas que la deterioran. Por otra parte, estos programas deberían impartirse desde la edad escolar, para evitar la alta prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles en la edad adulta, en donde impartir programas se hace más difícil (Walker, et al., 1987; Walker, et al., 1988).

Estos hallazgos desde la comunicación para la salud, se consideran importantes para el Sector Salud, ya que la implementación de programas de promoción de la salud, como el que se propone en el presente estudio, podría ser de gran utilidad en la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con el estilo de vida. Es importante considerar para futuras intervenciones en la promoción de la salud aspectos a desarrollar como la autorrealización, así como la incorporación de miembros de la familia, principalmente cónyuges y parejas, ya que son un apoyo significativo para el logro de cambios de comportamientos, también aumentar la frecuencia de refuerzos a las poblaciones participantes.

El EVPS que presenta la muestra en el período de re-test en el año 2010, nos permite apreciar que no fueron significativas las diferencias en las medianas entre el post-test y el re-test, dando un resultado muy positivo en el EVPS, con excepción de la dimensión ejercicio físico, ya que los valores del re-test indican que no se mantuvieron en el tiempo las conductas logradas hasta el post-test el año 2002, sin embargo hemos constatado por medio de la investigación cualitativa que estas mujeres mantienen en el tiempo conductas saludables relacionadas con la práctica frecuente de ejercicio. Es importante destacar también que el ambiente, funciona como red de apoyo social, ya que en las frecuentes reuniones de educación en favor

de la comunidad son animados por medio de charlas y seminarios a adquirir y mantener conductas saludables que forman parte del estilo de vida promotor de salud.

También es importante destacar que en el transcurso de estos años las mujeres de la comuna participantes del programa han aumentado las redes de apoyo social a nivel familiar y comunitario, muchas de ellas hoy forman parte de comunidades sociales y han fortalecido los vínculos familiares. Luego de la intervención, realizada el año 2002, lograron mantener sus conductas promotoras de vida saludable destacándose las dimensiones de nutrición, autorrealización, apoyo interpersonal, manejo de estrés y responsabilidad en salud.

10. CONSIDERACIONES FINALES

Al analizar el impacto del PEVPS ocho años después, se observa en las mujeres de la comuna participantes, un nivel alto de efectividad de la estrategia comunicativa del programa, al comparar el período de re-test efectuado durante el año 2010, con el período de post-test efectuado en el año 2002, con excepción de la dimensión Ejercicio Físico. Por lo tanto, se advierte, tanto en el EVPS total, como en la mayoría de las dimensiones, un cambio favorable de conductas promotoras de vida saludable, lo que nos lleva a aceptar en parte la hipótesis formulada en el presente estudio, que señalaba que “El EVPS que presenta la muestra en el período de re-test en el año 2010, luego de ocho años de finalizada la intervención educativa, no presenta diferencias significativas, en comparación con el período de post-test del año 2002, producto de la adecuada estrategia comunicativa implementada en dicha intervención”. La presente investigación nos permite apreciar que no fueron significativas las diferencias en las medianas en cinco dimensiones, constatándose un descenso significativo de acuerdo a los indicadores cuantitativos en ejercicio físico. Esto nos permite concluir que la estrategia comunicativa empleada en la intervención, si bien es cierto, fue importante para el cambio de comportamiento el año 2002, logrando cambios significativos en todas las dimensiones, podría haber tenido mejores resultados a largo plazo permitiendo a las personas adoptar en forma permanente conductas promotoras de vida saludable. El estudio cualitativo realizado por medio del instrumento, Entrevistas en Profundidad, las cuales fueron incorporadas a la matriz de análisis argumentativo, permitiendo la creación de mapas conceptuales, ha provisto importante información a considerar, junto al modelo de Pender, nos ha ayudado a identificar factores cognitivo-perceptivos, los cuales son mecanismos primarios de motivación de los comportamientos saludables, así como las barreras que las mujeres han percibido para sus conductas promotoras de salud en las diferentes dimensiones. Estos factores se modifican tanto por influencias interpersonales como por factores de situaciones y comportamientos. Esto nos ha llevado a determinar en este estudio la importancia de la autorrealización, asociada a las necesidades únicas y distintas entre las mujeres, lo que las hace un tanto difícil de describir, en este estudio el modelo Pender las asocia al cuidado y respeto de sí

misma, a conocer sus fuerzas y debilidades, al mejorar según pasan los años, a valorar los logros y éxitos, a la satisfacción por el ambiente en donde vive y al encontrarle propósito y sentido a la vida. Las mujeres fueron coincidentes en expresar en la EEP que su autorrealización estaba vinculada a su familia, al trabajo, relaciones de amistad, al ambiente y a la dependencia y gratitud. Esto es importante, ya que nos provee información única, siendo la autorrealización uno de los dos factores de refuerzo determinados por este estudio, el segundo refuerzo es el apoyo social, el cual contempla en el modelo de Pender, la comunicación en contextos interpersonales como el conversar preocupaciones y problemas con amigos íntimos, frecuencia de expresiones de dar y recibir cariño, como abrazos, las relaciones interpersonales a nivel de vecinos y compañeros de trabajo, dedicar tiempo al desarrollo de relaciones de amistad. Las mujeres manifestaron en las EEP la misma percepción de apoyo social valorando a la familia, siendo el esposo o pareja, el apoyo más cercano y significativo, en cuanto a su relación con lo trascendente, mencionaron que, el hablar con Dios sobre los problemas, comunicación, relaciones de trabajo, apoyo de amigos, las relaciones interpersonales en su comunidad religiosa, en cuanto a las barreras también fue coincidente, citando la falta de apoyo del esposo y familia. Esto pone de manifiesto, que es necesario para futuras intervenciones, considerar la importancia de un refuerzo de estas conductas en forma permanente, mantener continuidad de los programas, procurando que las intervenciones consideren materializar el apoyo a través de la integración social, motivando la cantidad y la fuerza de asociaciones de las personas con otros significativos dando énfasis a la estructura social de cada persona, las asociaciones de su vida cotidiana, como la familia, trabajo, estudios, como comunidades sociales o religiosas. Se agrega a esto la calidad de algunas relaciones, las cuales suplen las necesidades de afecto, de identidad, de pertenencia, lo cual les ayuda a producir sentimientos de control sobre su vida y situaciones, enfatizamos un tercer grado de apoyo social, el cual también ha sido informado en las EEP por las participantes, el tener a quien acudir cuando vivieron dificultades, problemas, tener en quien confiar, a quien acudir en situaciones de estrés, lo cual se define como la ayuda percibida, así como el cuarto grado de apoyo el cual es definido

como el despliegue efectivo y concreto de apoyo como lo señala Pérez y Martín en (Pérez y Martín, 1997). El apoyo social, sentirse amado, reafirmado y alentado por los amigos íntimos y por la familia, como hemos comentado, ha sido objeto de estudios a gran escala, de acuerdo al psicólogo David Myers quien sostiene que promueve no solo la felicidad, sino también la salud, a pesar que las relaciones a veces pueden ser tensas, sobre todo en condiciones de vida en las que predomina el hacinamiento y la falta de privacidad (Evans, Palsane, Lepore , Martin 1989; Myers, 2005). Peter Warr y Roy Payne (1982), preguntaron a una muestra representativa de adultos británicos, qué los había puesto tensos el día anterior. “La familia” fue la respuesta más repetida. Si bien las intromisiones de la familia se hacen con la mejor intención pueden ser estresantes, y el estrés contribuye a la cardiopatía, la hipertensión y a la supresión del sistema inmunológico. Sin embargo, por lo general las relaciones íntimas suelen contribuir a la salud y a la felicidad. Cuando se les preguntó a las mismas personas que participaron en el estudio, qué les había provocado sensación de felicidad el día anterior, respondieron otra vez “la familia”. Para la mayoría de nosotros las relaciones familiares no solo proporcionan nuestros peores sufrimientos sino también nuestro bienestar y alegría. Además, siete investigaciones masivas en las cuales se realizó el seguimiento de miles de personas durante varios años, revelaron que las relaciones íntimas predicen la salud. En comparación con las personas que mantienen pocas relaciones sociales, las que se sienten apoyadas por la compañía de los amigos, la familia, los compañeros de trabajo, los miembros de una comunidad religiosa o de otro grupo de apoyo es menos probable que sufran una muerte prematura (Cohen, 1988; House, Humberston, Landis, 1988) Como podemos apreciar, las redes de apoyo social tienen un efecto benéfico sobre aquellos que han perdido la salud aumentando su esperanza de vida ya que los pacientes con leucemia y cardiopatías también han disfrutado de índices de supervivencia notoriamente incrementado si estaban casados o recibían apoyo de la familia o de los amigos.

Este estudio también nos muestra que es necesario un abordaje de las personas en sus condiciones concretas de existencia, nos dice que la única forma de poder comprender a las personas es desde su cotidianeidad. Como la conducta de una persona sólo es comprendida plenamente en el contexto de la interacción familiar y de la propia historia de la persona como lo señala Pichón (Pichón Rivière, 1957).

Surge entonces la necesidad de comprender al sujeto en su totalidad, sin reduccionismos y abarcando todos los aspectos que estructuran a una persona, pensando al sujeto en una situación vincular (donde se relaciona y comunica con las demás personas y objetos de su contexto), dinámica constante (en continuo cambio) y en espiral (no como una situación lineal y estática ni como círculo cerrado, sino como una estructura en espiral donde hay continuo movimiento que no se cierra nunca y que permite el aprendizaje y la transformación continua de esa estructura).

La situación vincular a la que hace referencia Pichon Rivière está compuesta básicamente por tres elementos que la configuran: el psicosocial que parte del individuo hacia fuera; el sociodinámico que analiza el grupo como estructura; y el institucional que toma todo un grupo, toda una institución o todo un país. Estos campos se estructuran como una Gestalt, es decir, como una totalidad que es más que la suma de las partes y donde no existe una separación neta; con esto se refiere a que “son campos que se van integrando sucesivamente” (Pichon Rivière, 1957, p. 22) en un proceso dialéctico constante y que permite estudiar la estructura mental completa de la persona atendiendo a los motivos y causas que presionaron sobre él. No solo permite comprender la estructura mental de un sujeto y las causas que llevaron a la conformación de la misma, sino que también permite el estudio completo del grupo de donde emerge esa estructura mental y de ese modo elaborar una intervención sobre todo el grupo, es decir, sobre toda la estructura y trama vincular del mismo (Pichón Rivière, 1957).

Los resultados de este estudio nos permitieron conocer la importancia de la autorrealización así como del apoyo del esposo o pareja para mantener las conductas promotoras de vida saludable, así como el apoyo de la familia nuclear.

David Myers nos comenta en su libro “Psicología” (Myers, 2005) que se sabe desde hace mucho tiempo que las personas casadas o que viven en pareja viven más tiempo y que su vida es más saludable que las de las personas solteras. Un estudio de siete décadas de Harvard descubrió que un buen matrimonio a los cincuenta años predice una vejez mucho más saludable que un nivel de colesterol bajo a los cincuenta años (Vaillant, 2002). Pero, ¿por qué? ¿Es porque las personas saludables tienen más probabilidades de casarse y seguir casadas? Dos estudios recientes llegaron a la conclusión de que, después de controlar diversas explicaciones posibles, que el matrimonio “mejora los proyectos de supervivencia” y “hace que las personas” sean más saludables y vivan más tiempo (Murray, 2000).

Pero el funcionamiento conyugal también importa. Los miembros de los matrimonios positivos, felices y que mantienen un apoyo mutuo tienden a la salud, mientras que no sucede lo mismo con los matrimonios cargados de conflictos (Kiecolt-Glaser y Newton, 2001).

Existen varias razones posibles que sirven para explicar el vínculo entre el apoyo social y la salud (Helgeson, Fritz y Cohen 1998). Es posible que los miembros de las familias que brindan apoyo, también ayuden a los pacientes a recibir tratamiento médico con más rapidez ante la aparición de síntomas. Quizás las personas comen mejor y hacen más ejercicios físicos porque sus parejas los estimulan y los orientan para adherirse a regímenes de tratamiento. Como lo sugirió un estudio realizado el año 2002, las personas que mantienen vínculos con otras personas duermen mejor que las personas que están solas (Cacioppo, Hawkley, Crawford, Erns, Burleson y Kowalewski, 2002).

Un estudio que realizó el seguimiento de cincuenta mil jóvenes adultos durante algún tiempo descubrió que las conductas patológicas sucumben después del matrimonio (Myers, 2005). Otro estudio de treinta mil hombres, halló que cuando termina un matrimonio, los hombres comen menos vegetales, y beben más, fuman más y comen más alimentos fritos (Helgeson et al., 1988).

También es probable que en las relaciones en que recibimos apoyo nos ayudan a evaluar y superar los eventos estresantes, como el rechazo social.

Quizás aquellas personas que están cerca de nosotros nos ayudan a fortalecer nuestra autoestima cuando estamos heridos por algo que nos hicieron o perdimos un trabajo, el consejo, la ayuda y la demostración de afecto de un amigo o una amiga pueden representar una buena medicina.

Los vínculos sociales también confieren resistencia a los virus de resfrío. Sheldon Cohen y Doyle (1997) demostraron esto después de poner en cuarentena a doscientos setenta y seis voluntarios saludables durante cinco días después de administrarles gotas nasales con un virus del resfrío. (los voluntarios recibieron ochocientos dólares cada uno para someterse a esta experiencia) El efecto de los vínculos sociales en el resfrío tiene su importancia. A igualdad de edad, raza, sexo, hábitos del tabaquismo y otras costumbres que afectan la salud, las personas que tenían más vínculos sociales fueron las que menos probabilidades tuvieron de resfriarse y produjeron menos mucosidad. Más de cincuenta estudios posteriores revelaron que el apoyo social calma el sistema cardiovascular, disminuye la presión arterial y las hormonas del estrés (Uchino, Cacioppo y Kiecolt-Glaser, 1996; Uchino, Holt-Lunstad y Betancourt 1999). Las amistades íntimas también proporcionan la oportunidad de confiar sus sentimientos penosos, un componente del apoyo social que se está estudiando ampliamente. En un estudio, los psicólogos de la salud James Pennebaker y Robin O`Heeron (1984) se relacionaron con los cónyuges sobrevivientes de personas que habían cometido suicidio o que habían fallecido en accidentes automovilísticos. Las personas que habían soportado solas el dolor

tuvieron más problemas que las que lo expresaron abiertamente. Hablar sobre los problemas puede ser una “terapia de corazón abierto”. Las personas mayores, muchas de las cuales han perdido a su cónyuge y amigos íntimos, tienen más dificultades para contarles a otras personas lo que sienten. En ocasiones, los traumas reprimidos nos corroen y afectan nuestra salud física. Cuando Pennebaker (1984) realizó el estudio en más de setecientas mujeres sin título universitario, observó que cerca de una de cada doce relataban una experiencia sexual traumática en la niñez. En comparación con las mujeres que habían experimentado otra clase de traumas, como la muerte de uno o de los dos progenitores o el divorcio de sus padres, las mujeres que habían sufrido abuso sexual, sobre todo las que nunca habían hablado de su trauma, afirmaron que sufrían más cefaleas y dolencias digestivas. La represión de los pensamientos en forma intencionada puede producir su aparición brusca y provocar trastornos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aedo M., S., Barquín P., C., Mazzei P., M., Lattus O., J., Varas C., J., Cano A., F., y otros. (2010). Transición epidemiológica de la mortalidad materna. *Rev. Obted. Ginecol.-Hosp. Santiago Oriente Dr. Luis Tisné*, 5 (1), 9-16.

Alvarez, M., Muzzo, S., & Ivanovic, D. (1985). Escala para medición del nivel socioeconómico en el área de la salud. *Revista Medica Chilena*, 113, 243-9.

Atkinson, J. W. (1957). Motivational determinants of risk taking behavior. *Psychological Review* (64), 359-372.

Atkinson, J. W., & Birch, D. (1978). *Introduction to motivation*. Nueva York: Van Nostrand.

Banco Mundial. (1998). *Comunicando alternativas de Comportamiento: Caja de herramientas para la labor del salubrista*. Nueva York.

Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. New Jersey: prentice- Hall.

Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist* (37), 122-147.

Bandura, A. (1995). *Self-efficacy in changing societies*. Cambridge: Cambridge University Press.

Barberá Heredia, E. (2002). Modelos explicativos en psicología de la motivación. *Revista Electronica de Motivación y Emoción*, 5 (10).

Bateson, G. (1972). *Pasos hacia una ecología de la mente: Colección de ensayos en antropología, psiquiatría, evolución y epistemología*. New York, New York: Ballantine Books.

Bateson, G., Hall, E., & Watzlawick, P. (1990). *La nueva comunicación*. España: Ed. Cairos.

Berciana, S., & Ordovás, J. (2014). Nutrición y salud cardiovascular. *Revista Española de Cardiología*, 67 (9), 738-747.

Berlyne, D. E. (1960). *Conflict, arousal, and curiosity*. Nueva York: McGraw-Hill.

Bonilla Loyo, E. (2006). *Procesos de Institucionalización y Representaciones Sociales del Campo de la Comunicación. Un Estudio de Caso. Tesis Doctoral en Administración*. Mexico: Universidad La Salle.

Bonilla, E. (2007). *Comunicación, empoderamiento e identidad social de la enfermería en el contexto latinoamericano*. Proyecto Multipaís, Universidad de Veracruz, Mexico.

Burdine, J., Chen, M., Gottlieb, N., Peterson, F., & Demetri Vacalis, T. (1984). The effects of ethnicity, sex and father's occupation on heart health knowledge and nutrition behavior of school children: the Texas youth health awareness survey. *Journal of School Health*, 54(2), 87-90.

Cacioppo, J., Hawkley, L., Crawford, E., Ernst, J., Burleson, M., & Kowalewski, R. (2002). Loneliness and Health: Potential mechanisms. *Psychosomatic Medicine* (64), 407-417.

Camacho, C. (2002). Estrategia de Comunicación para la Salud en la Construcción de ciudadanía. *Comunicación y Salud en el área Rural.II Congreso Nacional de Comunicación y Salud* (págs. 99-103). La Paz: Centro de Programas de Comunicación.

Caplan, G. (1974). Support Systems. *Support Systems and Community Mental Health*

Caro S., J. (2015). Determinantes sociales y conductuales en salud nutricional: evidencia para Chile. *Rev. chil. nutr.*, 42 (1), 23-29.

Carreño, J., Vyhmeister, G., & Ivanovic, D. (2006). A Health Promotion Program in Adventist and non Adventist Women based on Pender's Model. *Public Health*, 120 (4), 407-417.

Coe, G. (1998). Comunicación y Promoción de la Salud. *Revista Latinoamericana de la Comunicación Chasqui* (63), 26-29.

Cohen, S. (1988). Modelos Psicosociales de Apoyo Social en la Etiología de la enfermedad Física. *Psicología de la Salud* (7), 269-297.

Csikszentmihalyi, M. (1975). *Beyond boredom and anxiety: the experience of flow in work and play*. San Francisco: Jossey-Bass.

Del Valle, C., & Cofré, E. (2009). Comunicar la salud en contexto: Crítica y praxis educacional. *Tempus Actas de Saúde Colectiva*, 3 (1), 38-48.

Del Valle, C. (2002). *Comunicar la salud. entre la equidad y la diferencia*. Temuco, Chile: Ediciones Universidad de la Frontera.

Del Valle, C., & Matus, E. (2007). Comunicación para la salud: necesidad de una praxis educacional participativa en campañas de prevención y promoción de la salud en Rodríguez, C.; Browne, R.; Del Valle, C.; Figueroa, S.(compiladores). En

Sociedad y Cultura: Reflexiones Transdisciplinarias (págs. 43-48). Valdivia: Universidad de la Frontera/MECESUP/Universidad Austral de Chile.

Delgado Córdova, M., & Peñaloza, J. (2015). Diabetes mellitus e hipertensión: importancia del cribado de albuminuria. *Revista médica de Chile* , 143 (2).

Departamento de Estadísticas e información de Salud (DEIS) y MINSAL. (2013). *Indicadores Básicos de salud Chile 2013*. Santiago, Chile: MINSAL.

Donnelly, J., Jacobsen, D., Whatley, J., Swift, L., & Cherrington, A. (1996). Nutrition and physical activity program to attenuate obesity and promote physical and metabolic fitness in elementary school children. *Obesity Research and Clinical Practice Journal* , 4, 229-43.

Eco, U. (1994). *Signo*. Barcelona, Barcelona: Editorial Labor.

Eco, U. (2000). *Tratado de Semiótica General*. Barcelona, España: Editorial Lumen.

Esquivel H., R., Martínez C., S., & Martínez C., J. (2014). *Nutrición y Salud* (3^o edición ed.). Mexico: El manual Moderno.

Evans, G., Palsane, M., Lepore, S., & Martin, J. (1989). Residential Density and Psychological Health: The Mediating Effects of Social Support. *Journal of Personality and Social Psychology* (57), 994-999.

FAO/OMS. (1992). Conferencia Internacional sobre Nutrición: Nutrición y Desarrollo-Evaluación General.

Feather, N., & Davenport, P. (1982). Desempleo y sentimiento depresivo: Un análisis motivacional y atributivo . *Estudios de Psicología* (12), 63-81.

Ferrer, M., & Sánchez, C. (2002). *Los actos de Habla*. Rosario: UNR Editora.

Foster, V. (1989). *New Starts*. Santa Barbara, CA: Woodbridge.

Fraser, G., Sumbureru, D., Pribis, P., Neil, R., & Frankson, M. (1997). Association among health habits, risk factors, and all-cause mortality in a black California population. *Epidemiology* (8), 168-74.

Garrido, I. (2000). La motivación: mecanismos de regulación de la acción. *Revista Española de motivación y emoción* , 10 (5-6).

Goleman, D. (1996). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.

González Brauer, N., Cortés, E., & Rizo Baeza, M. (2014). Calidad de la dieta y estilos de vida en estudiantes de Ciencias de la salud. *Nutr. Hosp.* , 29 (1).

Guilford, J., & Fruchter, B. (1984). *Estadística Aplicada a la Psicología y a la Educación*. México: McGraw-Hill.

Hebb, D. O. (1955). Drives and the CNS conceptual nervous system. *Psychological Review* (62), 245-254.

Heckhausen, H. (1987). *Jenseits des Rubikon: Der wille in den humanwissenschaften*. Berlin: springer-Verlag.

Helgeson, V., Fritz, H., & Cohen, S. (1998). Los vínculos sociales y el cáncer. *J C Holland and Breitbart W. (Eds.) Psycho-Oncology* .

Holund, U. (1990). The efect of a nutrition education programme learning by teaching on the dietary attitudes of a group of adolescents. *Community Dental Health* (7), 395-401.

House, J., Humberston, D., & Landis, K. (1988). Structures and Processes of Social Support. *Annual Review of Sociology* (14), 293-318.

Hull, C. L. (1943). *Principles of Behavior*. Nueva York: Appleton- Century Crofts.
INE. (2013). Resultados XVIII Censo de Población.

Jauregui, C., & Suarez, P. (1998). *Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, Enfoque en Salud Familiar*. Colombia: Editorial Médica Panamericana.

Kamieneski, R., Brown, C., Mitchell, C., & Dindial, K. (2000). Health benefits achieved through the seventh-day Adventist wellness challenge program. *Alternative Ther Health Medicine* (6), 65-9.

Kiecolt-Glaser, J., & Newton, T. (2001). Marriage and health: His and hers. *Psychological Bulletin* , 127 (4), 472-503.

Kuhl, J. (1986). *Motivation and informatio processing: A new look at decision-making, dynamicchange, and action control. en R.M. Sorrentino y E. T. Higgins(Eds.), Handbook of motivation and cognition*. Nueva York: Foundations of social behavior.

Lamas, R., Lamas, L., & Lamas, L. (2007). Sobre el apoyo Social. *Disponible en: www.ilustrados.com* .

López, A., Parada, A., & Simonetti, F. (1991). *Introducción a la Psicología de la Comunicación*. Santiago, Santiago: Ediciones Pontificia Universidad Católica de Chile.

Marin, P., & Wallace, S. (2002). Health care for the elderly in Chile: a country in transition. *Aging Clin Exp* , 271-8.

Martín, A., Cervero, M., González Rodríguez, A., Molinero, A., Magro, M., & Partearroyo, T. (2014). Equidad y desigualdad nutricional en dos centros escolares de la ciudad de Madrid (España). *Nutr. Hosp.* , 29 (1).

Mestre, J., Guil, M., Carreras de Alba, M., & Braza, P. (2000). Cuando los constructos psicológicos escapan del método científico: el caso de la inteligencia emocional y sus implicaciones en la validación y evaluación. *Revista Española de Motivación y Emoción* , 4 (3).

Ministerio de Salud, Gobierno de Chile (MINSAL). (2010). *Objetivos y Estrategias en Salud: Borrador de Consulta*.

Mucchielli, A. (1998). *Psicología de la Comunicación*. Barcelona: Editorial Paidós.

Murray, J. (2000). Marital Protection and Marital Selection: Evidence From a Historical-Prospective Sample of American Men. *Demography* , 37 (4), 511-521.

Myers, D. (2005). *Psicología* (7ª ed. ed.). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.

OMS. (1990). Prevención en la niñez y en la juventud de las enfermedades cardiovasculares del adulto. *Serie de Informes Técnicos 792* .

OMS. (1993). *Life Skills Education for Children and Adolescents in Schools. Programme on Mental Health*. Ginebra.

OPS. (1996). Promoción de la Salud: Una antología. (O. S. Panamericana, Ed.) *Publicación Científica* , 557.

Pender, N., Murdaugh, C., & Parson, M. (2001). *Health promotion in nursing practice*. Englewood cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Pennebaker, J., & O`Heeron, R. (1984). Confiding in others and illness rate among spouses of suicide and accidental death victims. *Journal of Abnormal Psychology* (93), 473-476.

Pérez Tornero, J. (2000). *Comunicación y educación en la sociedad de la información. Nuevos lenguajes y conciencia crítica*. Barcelona, España: Editorial Paidós.

Pérez, B., & Martín, D. (1997). *El Apoyo Social*. Nota Técnica N° 439, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo del Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales de España, España.

Persky, V., Chatterton, R., Van Horn, L., Grant, M., Langenberg, P., & Marvin, J. (1992). Hormone levels in vegetarian and non vegetarian teenage girls: potential implications for breast cancer risk. *Cancer Res* (52), 578-83.

- Pichón Riviére, E. (1957). *Teoría del Vínculo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Pou, S., Niclis, C., Aballay, L., Tumas, N., Román, M., Muñoz, S., y otros. (2014). Cáncer y su asociación con patrones alimentarios en Córdoba (Argentina). *Nutr. Hosp.* , 29 (3).
- Reddy, K., & Yusuf, S. (1998). Emerging epidemic of cardiovascular disease in developing countries. *Circulation* (97), 596-601.
- Reynolds, K., Franklin, F., Binkley, D., Raczynski, J., Harrington, K., & Kirk, K. (2000). Increasing the fruit and vegetable consumption of fourth-graders: results from the high 5 project. *Preventive Medicine Journal* (30), 309-19.
- Reynolds, K., Raczynski, J., Binkley, D., Franklin, F., Duvall, R., & Devane-Hart, K. (1998). Design of "High 5": a schoolbased study to promote fruit and vegetable consumption for reduction of cancer risk. *Journal of Cancer education* (13), 169-77.
- Salovey, P., & Mayer, J. (1990). *Emotional intelligence, imagination, cognition, and personality* (Vol. 9).
- SAS/STAD Software Versión 8.2. (2000). The Procedure. Cary NC: SAS Institute .
- Singh, P., & Fraser, G. (1998). Dietary risk factors for colon cancer in a low-risk population. *American Journal of Epidemiology* (148), 761-74.
- Singh, P., Fraser, G., Knutsen, S., Lindsted, K., & Bennett, H. (2001). Validity of a physical activity questionnaire among African American seventh-day adventists. *Medicine and Science in Sports and Exercise* (33), 468-75.
- Singh, P., Sabaté, S., & Fraser, G. (2003). Does Low Meat Consumption Increase life Expectancy in Humans. *Am Clin Nutr* , 78 (3), 526-532.
- Smith-Warner, S., Spiegelman, D., Yaun, S., Albanes, D., Beeson, W., Van den Brandt, P., y otros. (2003). Fruits, vegetables and lung cancer: a pooled analysis of cohort studies. *Int Journal Cancer* , 107 (6), 1001-11.
- Spence, K. W. (1956). *Behavior Theory and Conditioning*. New Haven: Yale University Press.
- Sternberg, R. J. (1997). *Inteligencia exitosa*. Barcelona: Paidós.
- Suarez Conejero, J., Godue, C., García Gutierrez, J. F., Magaña Valladares, L., Rabionet, S., & Concha, J. (2013). Competencias esenciales en salud pública: un marco regional para las americas. *Rev. Panam salud Publica* , 34 (1), 47-53.
- Suay, F., Salvador, A., & González, E. (s.f.). Bases Neurofisiológicas de la Motivación. En I. Garrido (Coor.). *Psicología de la Motivación* .

The World Medical Association. (1964). Human Experimentation. Code of ethics of the world Medical association (Declaration of Helsinki. *BMJ* (2), 177.

Uchino, B., Cacioppo, J., & Kiecolt-Glaser, J. (1996). The Relationship Between Social Support and Physiological Processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin* (119), 488-531.

Uchino, B., Holt-Lundstad, J., Uno, D., & Betancourt, R. (1999). Social Support and age-related differences in cardio vascular function: An examination of potential mediators. *Annals and Behavioral Medicine* .

Vaillant, G. (2002). *Aging Well: Surprising Guideposts to a Happier Life From the Landmark Harvard Study of Adult Development*. New York: Little Brown.

Vila, J., & Fernández, C. (1990). *Activación y conducta*. (E. P. (Eds.), Ed.) Madrid: Alhambra Universidad.

Walker, S., Kerr, M., Pender, N., & Sechrist, K. (1990). A Spanish Language Version of The Health-Promoting Lifestyle Profile. *Nurs Res* (39), 268-73.

Walker, S., Sechrist, K., & Pender, N. (1987). The Health-Promoting Lifestyle Profile: development and psychometric characteristics. *Nurs Res* (36), 76-81.

Walker, S., Volkan, K., Sechrist, K., & Pender, N. (1988). Health promoting life style of older adults: comparisons with young and middle-aged adults, correlates and patterns. *Advances in Nursing Sciences* (11), 76-90.

Warr, P., & Payne, R. (1982). Experiences of strain and pleasure among British adults. *Social Science and Medicine* (16), 1691-19697.

Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. (1967). *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona: Ed: Herder.

WHO. (2004). *57th World Health Assembly* .

www.independentwho.info/WHA_12_40_ES.php

www.ipsnoticias.net/nota.asp?idnews=98063

www.cinu.org.mx/onu/estructura/organismos/oms.htm

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>

ANEXOS

Nunca (N)	A veces (V)	Frecuentemente (F)	Siempre (S)
1.- Come usted al levantarse en la mañana			N V F S
2.- Refiere al médico cualquier síntoma extraño			N V F S
3.- Se respeta y cuida a sí misma			N V F S
4.- Hace ejercicio para estirar los músculos al menos tres veces por semana			N V F S
5.- Escoge comidas que no contengan ingredientes artificiales o químicos para conservar la comida			N V F S
6.- Se da usted tiempo para el descanso o la siesta diariamente			N V F S
7.-Se hace exámenes de sangre para saber el nivel de colesterol			N V F S
8.- Toma la vida con entusiasmo y optimismo			N V F S
9.- Cree usted que según pasan los años su vida está mejorando			N V F S
10.- Conversa con amigos íntimos acerca de sus preocupaciones y problemas personales			N V F S
11.- Está usted consciente de las fuerzas de tensión o preocupación en su vida			N V F S
12.-Se siente feliz y contenta			N V F S
13.- Hace ejercicio vigoroso por 20 a 30 minutos al menos 3 veces a la semana			N V F S
14.- Come usted tres buenas comidas al día			N V F S
15.-Lee usted libros acerca de la salud			N V F S
16.-Está usted consciente de sus fuerzas y de sus debilidades			N V F S
17.- Trabaja usted en apoyo o para el logro de metas a largo plazo que se traza en su vida			N V F S
18.-Elogia o alaba fácilmente a otras personas por sus éxitos			N V F S
19.- Lee usted las etiquetas de las comidas empaquetadas, enlatadas o conservas para identificar los ingredientes o nutrientes			N V F S
20.- Pregunta a su doctor o busca otra opinión cuando no le convence las recomendaciones que le hace			N V F S
21.-Le interesad futuro			N V F S
22.- Participa usted en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión			N V F S
23.-Sabe lo que quiere conseguir en esta vida			N V F S
24.- Le gusta dar y recibir cariños, abrazos, etc. de amigos íntimos			N V F S
25.- Mantiene adecuada relaciones interpersonales con otros, como vecinos, compañeros de trabajo, etc.			N V F S
26.- Incluye en sus comidas alimentos que contengan fibra, como los granos, frutas, verduras			N V F S
27.- Diariamente usted dedica 15 ó 20 minutos para relajarse o meditar			N V F S
28.- Conversa con profesionales calificados sus inquietudes respecto del cuidado de su salud			N V F S
29.- Respeta sus logros y éxitos.			N V F S
30.- Cuando realiza ejercicio físico, controla su pulso.			N V F S
31.- Dedicar su tiempo a los amigos íntimos			N V F S
32.- Se controla la presión sanguínea y sabe el resultado			N V F S
33.- Asiste a programas educativos sobre el mejoramiento del			

médio ambiente	N V F S
34.- Ve usted cada nuevo día como interesante y que tiene desafíos	N V F S
35.- Todos los días consume alimentos balanceados que incluyen tanto vegetales, frutas, carne, legumbre o granos	N V F S
36.- Relaja los músculos antes de dormir	N V F S
37.- Encuentra de su agrado y satisfacción el ambiente donde vive	N V F S
38.- Hace actividades físicas de recreo como caminar, nadar, jugar fútbol, andar en bicicleta, etc.	N V F S
39.- Es usted expresiva al demostrar fácilmente el interés, el amor y el calor humano hacia otras personas	N V F S
40.- Piensa en cosas agradables antes de dormir	N V F S
41.- Encuentra maneras positivas para expresar sus sentimientos	N V F S
42.- Pide información a los profesionales de salud sobre cómo cuidarse o cómo conservar bien su salud	N V F S
43.- Usted misma examina su cuerpo para observar o detectar cambios o alguna señal de peligro, cuando menos una vez al mes	N V F S
44.-Es realista en las metas que se propone alcanzar	N V F S
45.-Utiliza métodos específicos para controlar la preocupación o tensión	N V F S
46.- Asiste a programas educativos sobre el cuidado personal de la salud	N V F S
47.- Indique la frecuencia cuando da o recibe cariño de las personas que le interesan	N V F S
48.-Cree que su vida tiene un propósito.	N V F S

SOLICITUD CONSENTIMIENTO INFORMADO

Temuco, 04 de mayo de 2010

Por medio de la presente, solicitamos su autorización para que participe en la investigación: "**Efectividad de un Programa de Intervención en la Comunicación para la Salud: Sus Aportes desde el Modelo de Pender**", que realiza el estudiante, Mg. John Carreño Salgado, como parte de sus tesis doctoral en la Universidad Autónoma de Barcelona; dirigida en España por el Dr. Ramón Cladellas, de la Universidad Autónoma de Barcelona, y en Chile por el Dr. Carlos del Valle Rojas, de la Universidad de La Frontera.

El propósito de la investigación es identificar los elementos que han permitido/impedido que se mantengan los cambios de comportamiento logrados por medio de la intervención educativa, Programa Promotor de Estilo de vida saludable (PPEVS), llevada a cabo en el año 2002.

Mediante el presente documento, solicitamos a usted su consentimiento, en calidad de entrevistada/o, para lograr la realización de nuestra investigación. Si usted acepta, será entrevistada en forma personal, según un protocolo establecido para ello. La entrevista será grabada en audio y luego transcrita completamente. Y la información recogida será utilizada exclusivamente con fines académicos.

----- Autorizo ser entrevistado para esta investigación.

.....
Firma entrevistador/a

.....
Firma entrevistada/o

Para cualquier duda o información adicional, usted puede dirigirse al director de la investigación de la tesis en Chile: Dr. Carlos del Valle Rojas, Universidad de La Frontera. Fono: 325371. Correo electrónico: delvalle@ufro.cl

PROYECTO:	
"Efectividad de un programa de intervención en la comunicación para la salud: sus Aportes desde el modelo de Pender"	
FICHA IDENTIFICACIÓN ENTREVISTADA/O ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD	
REGIÓN/CIUDAD: IX- VILLARRICA	No. DE ENTREVISTA: 1
NOMBRE:	
DIRECCION:	
TEL. OFICINA:	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: 09-11-1970 VILLARRICA	
SEXO: F	EDAD: 39
ESCOLARIDAD: MEDIA COMPLETA	
PROFESIÓN/OFICIO:	CARGO:
ANTIGÜEDAD LABORAL EN:	
OBSERVACIONES: TERMINO ENSEÑANZA MEDIA DESPUES DEL PROGRAMA.	
FECHA Y LUGAR DE LA ENTREVISTA: 05 -05 – 2010	
NOMBRE DEL/A ENTREVISTADOR/A: JOHN CARREÑO SALGADO	
CRITERIOS DE SELECCIÓN: M – NTFC – (36-58) MC	

PROYECTO: "Efectividad de un programa de intervención en la comunicación para la salud: sus Aportes desde el modelo de Pender"	
FICHA IDENTIFICACIÓN ENTREVISTADA/O ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD	
REGIÓN/CIUDAD: IX- VILLARRICA	No. DE ENTREVISTA: 2
NOMBRE:	
DIRECCION:	
TEL. CASA:	TEL. OFICINA:
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: 04 – 07 -1964 VILLARRICA	
SEXO: F	EDAD: 45
ESCOLARIDAD: MEDIA COMPLETA	
PROFESIÓN/OFICIO: TECNICO DE PARVULOS	CARGO: ASISTENTE
ANTIGÜEDAD LABORAL EN: 12 AÑOS	
OBSERVACIONES:	
FECHA Y LUGAR DE LA ENTREVISTA: 05 -05 – 2010	
NOMBRE DEL/A ENTREVISTADOR/A: JOHN CARREÑO SALGADO	
CRITERIOS DE SELECCIÓN: M – TFC – (36-58) MC	

PROYECTO:		
"Efectividad de un programa de intervención en la comunicación para la salud: sus Aportes desde el modelo de Pender"		
FICHA IDENTIFICACIÓN ENTREVISTADA/O ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD		
REGIÓN/CIUDAD:	IX - VILLARRICA	No. DE ENTREVISTA: 3
NOMBRE:		
DIRECCION:		
TEL. CASA:	TEL. OFICINA:	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: 01 – 03 – 1967 EN VILLARRICA		
SEXO: F	EDAD: 43	ESCOLARIDAD: MEDIA COMPLETA
PROFESIÓN/OFICIO: TECNICO DE PARVULOS		CARGO: ASISTENTE
ANTIGÜEDAD LABORAL: 12 AÑOS		
OBSERVACIONES:		
FECHA Y LUGAR DE LA ENTREVISTA: 05 -05 – 2010		
NOMBRE DEL/A ENTREVISTADOR/A: JOHNCARREÑO SALGADO		
CRITERIOS DE SELECCIÓN: M – TFC- (36-58) MC		

PROYECTO: "Efectividad de un programa de intervención en la comunicación para la salud: sus Aportes desde el modelo de Pender"	
FICHA IDENTIFICACIÓN ENTREVISTADA/O ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD	
REGIÓN/CIUDAD: IX - VILLARRICA	No. DE ENTREVISTA: 4
NOMBRE:	
DIRECCION:	
TEL. CASA:	TEL. OFICINA:
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: 19 – 07 – 1964 EN CHALLUPEN	
SEXO: F	EDAD: 45
ESCOLARIDAD: MEDIA COMPLETA	
PROFESIÓN/OFICIO: DUEÑA DE CASA	CARGO:
ANTIGÜEDAD LABORAL EN:	
OBSERVACIONES:	
FECHA Y LUGAR DE LA ENTREVISTA: 05 -05 – 2010 EN CASA	
NOMBRE DEL/A ENTREVISTADOR/A: JOHN CARREÑO SALGADO	
CRITERIOS DE SELECCIÓN: M– NTFC – (36-58) – MC	

PROYECTO:	
"Efectividad de un programa de intervención en la comunicación para la salud: sus Aportes desde el modelo de Pender"	
FICHA IDENTIFICACIÓN ENTREVISTADA/O ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD	
REGIÓN/CIUDAD: IX - VILLARRICA	No. DE ENTREVISTA: 5
NOMBRE:	
DIRECCION:	
TEL. CASA:	TEL. OFICINA:
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: 05 -05 – 2010 VILLARRICA	
SEXO: F	EDAD: 32
ESCOLARIDAD: MEDIA COMPLETA	
PROFESIÓN/OFICIO: COMERCIANTE	CARGO: DUENA DE LOCAL
COMECIAL	
ANTIGÜEDAD LABORAL: 7 AÑOS	
OBSERVACIONES: ESTUVO 4 AÑOS SEPARADA DE SU MARIDO.	
FECHA Y LUGAR DE LA ENTREVISTA: 05 -05 – 2010 EN LOCAL COMERCIAL CERRADO	
NOMBRE DEL/A ENTREVISTADOR/A: JOHN CARREÑO SALGADO	
CRITERIOS DE SELECCIÓN: M – TFC – (25-35) - MC	

PROYECTO:	
"Efectividad de un programa de intervención en la comunicación para la salud: sus Aportes desde el modelo de Pender"	
FICHA IDENTIFICACIÓN ENTREVISTADA/O ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD	
REGIÓN/CIUDAD: IX - VILLARRICA	No. DE ENTREVISTA: 6
NOMBRE:	
DIRECCION:	
TEL. CASA:	TEL. OFICINA:
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: 14 - 07 - 1975 EN LASTARRIA	
SEXO: F	EDAD: 34
ESCOLARIDAD: BASICA COMPLETA	
PROFESIÓN/OFICIO: COMERCIANTE	CARGO:
ANTIGÜEDAD LABORAL: 3 AÑOS	
OBSERVACIONES: HIZO CHEQUEO MÉDICO COMPLETO ANUAL.	
FECHA Y LUGAR DE LA ENTREVISTA: 06 - 05 - 2010 EN CASA	
NOMBRE DEL/A ENTREVISTADOR/A: JOHN CARREÑO SALGADO	
CRITERIOS DE SELECCIÓN: M - TFC - (25-35)- BASICA COMPLETA	

PROYECTO:	
FICHA IDENTIFICACIÓN ENTREVISTADA/O ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD	
REGIÓN/CIUDAD: IX - VILLARRICA	No. DE ENTREVISTA: 7
NOMBRE:	
DIRECCION:	
TEL. CASA:	TEL. OFICINA:
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: 29 – 09 – 1978 EN VILLARRICA	
SEXO: F	EDAD: 31
ESCOLARIDAD: MEDIA COMPLETA	
PROFESIÓN/OFICIO: DUENA DE CASA	CARGO:
ANTIGÜEDAD LABORAL:	
OBSERVACIONES: HIZO CHEQUEO MÉDICO ANUAL EN FEBRERO DE 2010.	
FECHA Y LUGAR DE LA ENTREVISTA: 06 – 05 – 2010	
NOMBRE DEL/A ENTREVISTADOR/A: JOHN CARREÑO SALGADO	
CRITERIOS DE SELECCIÓN: M – NTFC- (25 -35) - MC	

PROYECTO: "Efectividad de un programa de intervención en la comunicación para la salud: sus Aportes desde el modelo de Pender"	
FICHA IDENTIFICACIÓN ENTREVISTADA/O ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD	
REGIÓN/CIUDAD: IX - VILLARRICA	No. DE ENTREVISTA: 8
NOMBRE:	
DIRECCION:	
TEL. CASA:	TEL. OFICINA:
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: 25 – 04 – 1971	
SEXO: F	EDAD: 39
ESCOLARIDAD: MEDIA COMPLETA	
PROFESIÓN/OFICIO: TECNICO EN PARVULOS	CARGO: ASISTENTE
ANTIGÜEDAD LABORAL: 6 AÑOS	
OBSERVACIONES:	
FECHA Y LUGAR DE LA ENTREVISTA: 06 – 05 - 2010	
NOMBRE DEL/A ENTREVISTADOR/A: JOHN CARREÑO SALGADO	
CRITERIOS DE SELECCIÓN: M – TFC – (35- 58) - MC	

PROYECTO:	
"Efectividad de un programa de intervención en la comunicación para la salud: sus Aportes desde el modelo de Pender"	
FICHA IDENTIFICACIÓN ENTREVISTADA/O ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD	
REGIÓN/CIUDAD: IX - TEMUCO	No. DE ENTREVISTA: 9
NOMBRE:	
DIRECCION: HOSTETER 640 DEPARTAMENTO 203	
TEL. CASA:	TEL. OFICINA:
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: 07 – 06 – 1986 EN VILLARRICA	
SEXO: F	EDAD: 24
ESCOLARIDAD: MEDIA COMPLETA	
PROFESIÓN/OFICIO: ESTUDIANTE	CARGO:
ANTIGÜEDAD LABORAL:	
OBSERVACIONES: ASISTIO A TODO EL PROGRAMA EL AÑO 2002, TENIA 16 ANOS.	
FECHA Y LUGAR DE LA ENTREVISTA: 07 – 05 – 2010	
NOMBRE DEL/A ENTREVISTADOR/A: JOHN CARREÑO SALGADO	
CRITERIOS DE SELECCIÓN: M – NTFC- (25-35)- MC	

PROYECTO:	
"Efectividad de un programa de intervención en la comunicación para la salud: sus Aportes desde el modelo de Pender"	
FICHA IDENTIFICACIÓN ENTREVISTADA/O ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD	
REGIÓN/CIUDAD: VIII - CHILLAN	No. DE ENTREVISTA: 10
NOMBRE:	
DIRECCION:	
TEL. CASA:	TEL. OFICINA:
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: 16- 04 – 1968 EN LONCOCHE	
SEXO: F	EDAD: 52
ESCOLARIDAD: MEDIA COMPLETA	
PROFESIÓN/OFICIO: DUENA DE CASA	CARGO:
ANTIGÜEDAD LABORAL:	
OBSERVACIONES: TRABAJA DE VEZ EN CUANDO DANDO CURSOS DE COCINA SALUDABLE	
FECHA Y LUGAR DE LA ENTREVISTA: 10 - 05- 2010 EN CASA	
NOMBRE DEL/A ENTREVISTADOR/A: JOHN CARREÑO SALGADO	
CRITERIOS DE SELECCIÓN: M – NTFC – (36-58) - MC	

PROYECTO:	
"Efectividad de un programa de intervención en la comunicación para la salud: sus Aportes desde el modelo de Pender"	
FICHA IDENTIFICACIÓN ENTREVISTADA/O ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD	
REGIÓN/CIUDAD: VIII- CHILLAN	No. DE ENTREVISTA: 11
NOMBRE:	
DIRECCION:	
TEL. CASA:	TEL. OFICINA:
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: 13- 06 – 1959 EN VILLARRICA	
SEXO: F	EDAD: 50
ESCOLARIDAD: MEDIA COMPLETA	
PROFESIÓN/OFICIO: ARTESANA	CARGO:
ANTIGÜEDAD LABORAL:	
OBSERVACIONES:	
FECHA Y LUGAR DE LA ENTREVISTA: 10 – 05 – 2010 CASA	
NOMBRE DEL/A ENTREVISTADOR/A: JOHN CARREÑO SALGADO	
CRITERIOS DE SELECCIÓN: M – NTFC – (36- 50) - MC	

PROYECTO: "Efectividad de un programa de intervención en la comunicación para la salud: sus Aportes desde el modelo de Pender"	
FICHA IDENTIFICACIÓN ENTREVISTADA/O ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD	
REGIÓN/CIUDAD: VIII CHILLAN	No. DE ENTREVISTA: 12
NOMBRE:	
DIRECCION:	
TEL. CASA:	TEL. OFICINA:
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: 21- 10- 1965 EN CONCEPCIÓN	
SEXO: F	EDAD: 45
ESCOLARIDAD: MEDIA COMPLETA	
PROFESIÓN/OFICIO: BIBLIOTECARIA	CARGO:
ANTIGÜEDAD LABORAL: 2 AÑOS	
OBSERVACIONES:	
FECHA Y LUGAR DE LA ENTREVISTA: 10 -05 – 2010 EN COLEGIO - TRABAJO	
NOMBRE DEL/A ENTREVISTADOR/A: JOHN CARREÑO SALGADO	
CRITERIOS DE SELECCIÓN: M – TFC – (36-58) – MC	

