

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA REFORMA DE VIDA PARA
MEJORAR LOS ESTILOS DE VIDA DE LAS ENFERMERAS DEL
HOSPITAL RAMIRO PRIALE PRIALE - ESSALUD - HUANCAYO,
2022**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN SALUD PÚBLICA Y
COMUNITARIA**

JENNY CONSTANZA ROMERO LEÓN

**ASESORA:
DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJIA**

Callao, 2022

PERU

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- | | |
|-------------------------------------|------------|
| • DRA. MERY JUANA ABASTOS ABARCA | PRESIDENTA |
| • DRA. ANA ELVIRA LOPEZ DE GOMEZ | SECRETARIA |
| • DRA. HAYDEE BLANCA ROMAN ARAMBURU | VOCAL |

ASESORA: DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJIA

Nº de Libro: 07

Nº de Acta: 081-2022















Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 18 de mayo del 2022

Resolución de Consejo Universitario N° 099-2021-CU/FCS, de fecha 30 de Junio del 2021, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

Document Information

Analyzed document	PLAN DE INTERVENCION LIC. JENNY ROMERO LEON EN WORD 1.docx (D132621825)
Submitted	2022-04-05 00:15:00
Submitted by	
Submitter email	jennyromerol01@hotmail.com
Similarity	14%
Analysis address	investigacion.fcs.unac@analysis.orkund.com

Sources included in the report

SA	Universidad Nacional del Callao / PLAN DE INTERVENCION- LIC AGÜERO MORI (1).docx Document PLAN DE INTERVENCION- LIC AGÜERO MORI (1).docx (D116659230) Submitted by: miuren2003@gmail.com Receiver: investigacion.fcs.unac@analysis.orkund.com	 13
SA	Universidad Nacional del Callao / TRABAJO APLICATIVO SEGUNDA ESPECIALIDAD.docx Document TRABAJO APLICATIVO SEGUNDA ESPECIALIDAD.docx (D117497002) Submitted by: ZULLYMERAGALEAS@hotmail.com Receiver: investigacion.fcs.unac@analysis.orkund.com	 5
W	URL: https://www.buenastareas.com/materias/plan-de-charla-estilos-de-vida-saludable/0 Fetched: 2022-04-05 00:15:50	 1
W	URL: https://www.researchgate.net/publication/320176158_Efectividad_del_programa_Reforma_de_Vida_en... Fetched: 2020-02-02 16:50:09	 9
W	URL: https://repository.uniminuto.edu/bitstream/10656/12428/1/UVDT.SO_DimasJeifer-Sanchez%20Wendy_2... Fetched: 2022-04-05 00:16:09	 2
W	URL: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/12/876794/efectividad-del-programa-reforma-de-vida-en-... Fetched: 2022-04-05 00:16:09	 8
SA	TESIS ROCHA (2).docx Document TESIS ROCHA (2).docx (D96261490)	 3
SA	4695-17753-1-SM. Revisión.docx Document 4695-17753-1-SM. Revisión.docx (D109456722)	 3
SA	Universidad Nacional del Callao / tesis corregido 29 04 (1)7 (1).docx Document tesis corregido 29 04 (1)7 (1).docx (D54379848) Submitted by: ROCIO_FANY@hotmail.com Receiver: investigacion.fcs.unac@analysis.orkund.com	 7
SA	entrega trabajo fin de master metodologia.docx Document entrega trabajo fin de master metodologia.docx (D48591243)	 1
SA	Universidad Nacional del Callao / BECERRA GOMEZ CLAUDIA CASTILLO MORENO VANESSA MINAYA SANCHEZ ANGIE.docx Document BECERRA GOMEZ CLAUDIA CASTILLO MORENO VANESSA MINAYA SANCHEZ ANGIE.docx (D29577587) Submitted by: vanessabrijith4@gmail.com Receiver: siccha.unac@analysis.orkund.com	 2
W	URL: https://contenidos.usco.edu.co/salud/images/documentos/grados/T.G.Enfermeria/235.T.G-Jessica-P... Fetched: 2019-10-16 20:18:50	 3
SA	Universidad Nacional del Callao / TESIS SATISFACCION DEL USUARIO_ PARAFRASEADO.docx Document TESIS SATISFACCION DEL USUARIO_ PARAFRASEADO.docx (D57959405) Submitted by: neridarosana@gmail.com Receiver: investigacion.fcs.unac@analysis.orkund.com	 8
W	URL: https://es.slideshare.net/Wilsongiraldopamplona/estilos-de-vida-saludable-1reduced-size Fetched: 2022-04-05 00:16:09	 2

DEDICATORIA

*MIS HIJOS MOISES Y JASMIN, QUIENES ME
DIERON SU APOYO INCONDICIONAL PARA LA
REALIZACION DE MI SEGUNDA ESPECIALIDAD.*

AGRADECIMIENTO

A Dios, por su protección durante esta pandemia

A mis amados padres y hermanos, Eleazar y Dominga, siempre
incondicionales,

A mis estimados docentes, y Asesora Dra. Ferrer, quiénes dieron el 100%
de profesionalismo,

A la prestigiosa Universidad Nacional del Callao.

ÍNDICE

Introducción	6
Capítulo I. Descripción de la situación problemática	8
Capítulo II. Marco teórico	13
2.1 Antecedentes	
2.1.1 Antecedentes Internacionales	14
2.1.2 Antecedentes Nacionales	17
2.2 Bases Teóricas	
2.2.1. Teoría de Promoción de la Salud de Nola J. Pender	24
2.2.2. Dorothea E. Orem 1914-2007 Teoría del autocuidado	26
2.2.3. Jean Watson: Filosofía y teoría del cuidado transpersonal	27
2.3 Bases Conceptuales	
2.3.1. Estilos de vida	32
2.3.2. Estilos de vida saludable	35
2.3.3. Dimensiones de los estilos de vida	37
2.3.4. Principales enfermedades de los estilos de vida no saludables	45
2.3.5. Programa reforma de vida	47
2.3.6. Enfoque de Educacion para adultos	49
Capítulo III.	
Desarrollo De Actividades para Plan de Mejoramiento en relación a la Situación Problemática.	55

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo académico titulado: IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA REFORMA DE VIDA PARA MEJORAR LOS ESTILOS DE VIDA DE LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL RAMIRO PRIALE PRIALE - ESSALUD - HUANCAYO, 2022. El cual tiene por finalidad ser una herramienta de gestión para la Jefatura del Servicio de Enfermería, la unidad de capacitación y la unidad de Salud Ocupacional de dicho hospital. Haciendo uso de una de las herramientas pilares de la “promoción de la salud”, cuya definición por la Organización Mundial de la Salud es: “como el proceso de proporcionar a las personas los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Además, uno de los principales objetivos de la promoción de la salud son modificar conductas de riesgo y adoptar estilos de vida saludables.” (1).

Propongo este plan de intervención, ya que el objetivo principal sería modificar los estilos de vida de la población objetivo, a fin de evitar futuras enfermedades prevenibles y mejorar la calidad de vida de las Enfermeras, ya que en Perú, desde el año 2013, el Seguro Social de Salud (EsSalud) promueve el programa “Reforma de Vida”, “cuya misión es modificar los estilos de vida en los trabajadores de empresas asociadas con el apoyo de estrategias de medicina complementaria para poder prevenir la aparición de enfermedades crónicas y de riesgo cardiovascular “ (2).

Dentro de la evaluación de estos trabajadores, se hace uso del cuestionario FANTÁSTICO como herramienta que muestre el nivel de estilos de vida saludables antes y después de este programa, cuya confiabilidad de esta versión modificada del cuestionario que se usará en este plan de intervención es aceptable, con una consistencia interna alta y una estructura coherente de organización de preguntas en cada ítem, validado con la investigación realizado en trabajadores evaluados por el programa Reforma de Vida de EsSalud, en Lima durante enero a diciembre de 2015.(3)

Validado también el 2017 con el trabajo de investigación "Evaluar la validez y fiabilidad de un instrumento para medir el estilo de vida en estudiantes de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma en el año 2017. (4)

Este plan de intervención se realiza como un aporte de la experiencia profesional como enfermera que laboro con el equipo multidisciplinario en el Centro de Prevención de riesgos del trabajo (CEPRIT) y en el Programa de Medicina complementara del La Red Asistencial Junín.

Para el desarrollo del presente trabajo académico, se realizó un plan de intervención para la prevención de enfermedades crónicas como resultado de estilos de vida no saludables, a través del programa educativo “reforma de vida”, el cual contiene la justificación, objetivos, metas, programación de actividades, recursos, ejecución y evaluación.

Cabe mencionar que fue ejecutado durante el mes de febrero del 2022 y fue elaborado en su totalidad por la autora, y será presentado al departamento de Enfermería del Hospital Ramiro Priale Priale Lic. Silvia Chía Acevedo en marzo del 2022, a fin de posibilitar su implementación, articulado con la Unidad de Salud Ocupacional, la unidad de capacitación, Programa de medicina complementaria Y la dirección del Hospital. Asimismo, servirá como base para futuros estudios de investigación ya que se contará con una base de datos organizado y confiable.

El presente plan de intervención consta de tres capítulos: Capítulo I. descripción de la situación problemática, Capítulo II. Marco teórico, Capítulo III. Desarrollo De Actividades para Plan de Mejoramiento en relación a la Situación Problemática. Conclusiones, Recomendaciones, revisión bibliográfica y Anexos.

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Teniendo en cuenta que el Objetivo 3 del plan de desarrollo sostenible para el 2030 de la organización Mundial de la Salud es, “Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades” (5), considero importante que se tome en cuenta especialmente la salud de las enfermeras, ya que somos la principal fuerza laboral en el área de Salud, y su estado de salud óptimo o deteriorado se refleja directamente en la calidad de atención al paciente. Y diariamente enfrentamos factores que deterioran nuestra salud, como son: jornadas de trabajo agotadores, con sobrecarga laboral, actuación en medio del dolor, pérdida y sufrimiento, trabajo nocturno, condiciones inherentes a esta profesión que crean condiciones de salud no adecuadas para las enfermeras. Sumado a la falta de estilos de vida saludables, y es, en este aspecto que queremos intervenir. Ya que La salud de los profesionales de enfermera, debe recibir cuidado adecuado, para influir de modo positivo en el cuidado del paciente. consideramos que promover un Programa de reforma de Vida, para las Enfermeras, contribuye al mantenimiento de su salud.

Resulta un gran desafío poder establecer factores psicológicos y sociales que pueden ser determinantes al momento de enfrentar efectivamente una situación estresante para que ésta no se vuelva dañina para el organismo del profesional, y que como gestoras(es) del cuidado tenemos el rol protagónico también en el autocuidado, se espera que seamos capaces de realizar vida sana (dormir lo suficiente, guardar una dieta equilibrada y hacer ejercicio regularmente), tener conciencia y reconocer las señales de estrés en sí mismos, identificar pensamientos, sentimientos y comportamientos cuando están bajo estrés; aún más, aprender técnicas de relajación eficaces, pensar de manera positiva, establecer prioridades y fijar límites, desarrollar el sentido del humor y compartir preocupaciones y satisfacción con miembros de la familia, similarmente con los compañeros de trabajo y amigos, y finalmente limitar el tabaco, alcohol y uso inadecuado de medicamentos. “Si se logra mantener un equilibrio constante entre

las características inherentes a la organización y la(el) Enfermera(o), es probable que disminuya el estrés y los factores de riesgo desencadenantes, por lo tanto, mejorará su salud mental ya que disminuirá la carga biopsicosocial que enfrenta una enfermera” (6).

El 7 de abril del 2020, en un comunicado de prensa la OMS en Ginebra, pone de manifiesto la necesidad urgente de fortalecer el personal de salud a nivel mundial. En el informe titulado “Situación de la enfermería en el mundo” el 2020 donde se realiza un examen en profundidad del componente más numeroso del personal de salud que es la Enfermera. En sus conclusiones se revelan importantes deficiencias en el personal de enfermería y se señalan las esferas prioritarias de inversión en materia de: formación, empleo y liderazgo, para fortalecer el personal de enfermería en todo el mundo y mejorar la salud de todos.... «Los profesionales de enfermería son la columna vertebral de cualquier sistema de salud. Hoy en día, muchos de ellos se encuentran en primera línea en la batalla contra la COVID-19», dijo el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS. «Este informe constituye un claro recordatorio del papel insustituible que desempeñan y una llamada de atención para el mundo» El envejecimiento también amenaza al personal de enfermería: se espera que uno de cada seis profesionales de la enfermería que hay en el mundo se jubile en los próximos 10 años. (7).

Asimismo, de las diez principales causas de morbilidad y factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas y la calidad de vida, cinco están estrechamente relacionadas con la alimentación y la actividad física (8)

La organización panamericana de a salud (OPS) reconoce en una publicación “Los cambios significativos en los estilos de vida son en la actualidad los principales determinantes de los factores de riesgo y de las enfermedades en todas las edades. Tanto la industrialización como la urbanización y la globalización de productos y patrones de consumo, se consideran impulsores primarios del riesgo.”

Estilos de vida cada vez más sedentarios, acceso a alimentos industrializados baratos y presiones sociales para fumar y consumir excesivas cantidades de alcohol han causado niveles imprevistos de obesidad, hipertensión, hipercolesterolemia e hiperglucemia, todos ellos factores de riesgo de las ENT que

pueden prevenirse. El fácil acceso a alimentos industrializados, tabaco y alcohol no se limita a las áreas urbanas. Actualmente, estos productos industrializados como los alimentos empaquetados, las bebidas azucaradas y el tabaco se encuentran incluso en las comunidades más aisladas de las Américas.

Las siguientes experiencias en América Latina nos muestran la evolución de estos esfuerzos innovadores para mejorar los estilos de vida en la población: a fines de los noventa el inicio del ciclo vías en Bogotá, hasta el momento solo ha sido implementado en 11 países, En Nueva York, se promueve el no consumo de tabaco en áreas públicas, Se promociona y se premia a varios lugares como ciudades saludables. Cambios de enfoque en la alimentación escolar, En Chile, el programa 5 al día para aumentar el consumo de frutas y verduras en México se implementó el programa cinco pasos por tu salud :1. realiza actividad física, 2. toma agua, 3. Consume frutas y verduras, 4. midete, 5. Comparte con tus amigos. La OPS tiene la convicción de que las personas, programas y enfoques cuyo perfil se presenta en este informe permiten vislumbrar que es posible y necesario luchar contra las ENT en las Américas y en otras regiones. Se espera que el espíritu ambicioso, colaborador y comprometido de estos esfuerzos inspire una aún mayor responsabilidad en todos nosotros, así como la acción en la región de las Américas y el mundo en los años venideros. (9)

En Perú la Dirección General de Promoción de la Salud, del MINSA, el 2005, promulgó la Directiva Sanitaria: “Promoción de la actividad física en el personal de los establecimientos de salud” (10), para promover la práctica de estilos de vida saludables en actividad física y deporte, a la fecha no existe evaluación del impacto ni la implementación de esta directiva.

En el marco del Plan de Promoción de la Actividad y la Alimentación Saludable, aprobado por Resolución de Gerencia General N° 784 - GG. EsSalud - 2007, se propone el desarrollo del Programa Reforma de Vida en el Asegurado en Empresas Saludables, dirigido al trabajador activo de la mediana y gran empresa, con el propósito de intervenir integralmente en la modificación de sus estilos de vida; no encontré referencias de este programa implementado en Enfermeras al momento.

Contamos también, en EsSalud, con el documento: instrumento técnico del Programa Reforma de Vida: "GUÍA DEL FACILITADOR: METODOLOGÍA VIVENCIAL DE APRENDIZAJE DEL ADULTO PROMOVRIENDO ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN LOS TRABAJADORES", RESOLUCION DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD ESSALUD -2016. cuyo propósito es proveer al facilitador del Programa Reforma de Vida, una guía metodológica que permitirá sensibilizar y fortalecer los saberes cognitivos, procedimentales y actitudinales del público objetivo del programa, promoviendo estilos de vida saludable, que será utilizado en la implementación del presente plan de intervención. Con estos documentos Proponemos implementar El Programa Reforma de Vida que se basa en tres pilares fundamentales denominados: Alimentación Terrestre, Alimentación Humana y Alimentación Celeste, enfocados en a una alimentación saludable, la relación entre los seres humanos y con la naturaleza, respectivamente. Estrategias que nos permiten eliminar factores de riesgo y vivir saludablemente, a fin de conducir a los asegurados a una mejor Calidad de Vida. (11).

En el Hospital Ramiro Priale Priale de EsSalud Huancayo, se cuenta con 200 enfermeras que trabajan en turnos rotativos y cubren servicios de hospitalización en emergencias, unidad de cuidados intensivos, hospitalización medicina, hospitalización cirugías, pediatría, uci pediátrica, oncología, ginecología, hemodiálisis, y consultorios, se trabaja cada turno y cada servicio con 20 pacientes y un solo personal técnico, se atienden pacientes hospitalizados de acuerdo a cada especialidad. Los turnos de trabajo son tres: mañana (de 7 am a 1,20 pm) tarde (de 1.00pm a 7.20 pm) y turno noche (7.00 pm a 7. 20 am) motivo por el cual podemos afirmar que la ingesta de los alimentos es fuera de hora y en diversos horarios, no hay una rutina para una actividad física, el sueño esta alterado por los turnos nocturnos, lo cual condiciona un estilo de vida no saludable

Las enfermeras del hospital Ramiro Priale Priale de EsSalud Huancayo, pasan por un examen pre vacacional cada año, y se observa que, en un porcentaje alto, tiene como resultado de esa evaluación triglicéridos altos, colesterol, alto, sobrepeso, incluso llegando en algunos casos a la obesidad, problemas osteomusculares marcados como lumbalgias, dolor de hombro y dolor de rodillas, la médica de Salud

ocupacional, refiere que tiene que indicar tratamiento médico para estas patologías. Considero que estas patologías son prevenibles con un estilo de vida saludable por lo que es necesario modificar estas conductas, que podemos identificarlos y modificarlas en un cierto porcentaje. Ya que el “programa de reforma de vida”, ha demostrado ser efectivo. Asimismo en una encuesta verbal, he podido corroborar, que las enfermeras de este grupo no realizan actividad física como rutina, y este programa puede motivarlas a iniciar un programa de caminata de 20 minutos diarios como mínimo, también he podido observar que existe un clima laboral muy deteriorado motivado por un manejo inadecuado de las emociones y falta de manejo del estrés, considero que este programa de reforma de vida incluye técnicas de manejo de nuestras emociones, que beneficiarían nuestro clima laboral.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del Estudio

2.2.1. Antecedentes Internacionales.

BORDIGON M. y MONTEIRO M. (Brasil, 2017) en su investigación Problemas de salud entre profesionales de enfermería y factores relacionados, cuyo Objetivo fue: Conocer los problemas de salud que afectan a profesionales de enfermería en una unidad de emergencia hospitalaria pública y factores relacionados. Método: Estudio transversal con 86 profesionales de enfermería de una unidad de emergencia hospitalaria del interior del Estado de São Paulo, Brasil. Los datos recogidos a partir de cuestionarios fueron analizados utilizando la estadística descriptiva e inferencial. Resultados: 61,2% de los profesionales de Enfermería reportaron al menos una lesión o enfermedad con diagnóstico médico, y 59,6% de los profesionales tenían dos o más problemas de salud, siendo 2,8 la media de lesiones o enfermedades (IC95% 2,1–3,5). Los grupos ‘lesiones por accidente’ y ‘enfermedades del sistema musculo-esquelético’ fueron predominantes, sin embargo, las lesiones en la espalda, gastritis o irritación duodenal e hipertensión arterial fueron las enfermedades con mayor número de relatos. Los auxiliares o técnicos de enfermería presentaron, de media, mayor número de lesiones o enfermedades que los enfermeros, así como los profesionales con otro empleo, cansados y/o desanimados después del trabajo y que sufrieron violencia laboral. Diferencias estadísticamente significantes fueron observadas entre los grupos con o sin lesión o enfermedades en relación a las medianas de la edad del trabajador ($p=0,0075$) y edad de inicio en una actividad laboral ($p=0,0188$). Fue identificada relación con significancia estadística entre tener lesión o enfermedad y uso de medicamento ($p=0,0304$). Conclusión: Es importante que la institución propicie al trabajador condiciones de trabajo y

organizacionales que posibiliten el mantenimiento de su salud, potencial y habilidades por el mayor tiempo posible. (12) .

En este trabajo de investigación nos muestran que las enfermeras en un 61.2% presentan lesiones o enfermedad, considerando que es un porcentaje alto, ya que somos personas que brindamos cuidados y nadie está cuidando al cuidador.

LEÓN-REYNA P, LORA--LOZA M, RODRÍGUEZ-VEGA J. (Cuba, 2021) en su investigación “Relación entre estilo de vida y estrés laboral en el personal de enfermería en tiempos de COVID-19.” Objetivo: Identificar la relación que existe entre el estilo de vida y el estrés laboral en el personal de enfermería, en tiempos de COVID–19. Métodos: Investigación descriptiva correlacional con diseño de corte transversal, en el servicio centro quirúrgico del Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta, Perú, durante marzo-mayo del 2020. Población conformada por 66 enfermeras, se aplicaron el cuestionario de Perfil de estilo de vida (PEPS-I) de Nola Pender, y el cuestionario de estrés laboral elaborado por Maslach, Schaufeli y Leiter. Para la correlación entre variables se utilizó el Coeficiente de correlación de Spearman, con significancia estadística determinada por: Si $p < 0,05$. Resultados: Al contrastar la variable estilo de vida y estrés laboral el punto de mayor frecuencia estadística está entre el nivel no saludable del estilo de vida con el nivel medio del estrés laboral con un 39,39%, seguido del nivel saludable del estilo de vida con el nivel medio de estrés laboral con un 33,33%, en promedio existe un nivel saludable de estilo de vida con un 51,51%, y un nivel medio de estrés laboral con un 72,72%. Conclusión: Existe relación inversa, considerable y significativa entre el estilo de vida y el estrés laboral, al haberse demostrado que $r_s = -0,692$ con $p = 1,2532E-10$. (13).

Esta investigación nos reitera que, el estilo de vida no saludable de las enfermeras y el estrés laboral tienen una correlación muy estrecha. y como consecuencia tenemos ambientes laborales negativos, agudizados por la pandemia del covid – 19.

ALBERTO GRANERO, JOSEP M BLANCH PAOLA OCHOA. (España, 2018) en la investigación Titulado: “Condiciones laborales y significados del trabajo en enfermería en Barcelona “con el Objetivo: de analizar la relación entre la valoración cuantitativa de las condiciones de trabajo y la percepción cualitativa de la propia experiencia laboral. Método: una muestra de 1.760 profesionales de enfermería de Barcelona respondió a un cuestionario de valoración de sus condiciones de trabajo y resumió en cinco palabras clave su propia experiencia laboral actual. Resultados: el corpus textual de significados del trabajo incluyó 8.043 formas léxicas, que fueron categorizadas y codificadas. Las personas encuestadas que valoraron más alto sus condiciones de trabajo expresaron una visión de su trabajo en términos de autonomía, realización y bienestar; mientras que quienes las valoraron más bajo hablaron sobre todo de agotamiento, despersonalización y clima negativo. Un análisis de correspondencias evidenció una estrecha relación entre las valoraciones cuantitativas de las condiciones laborales y los códigos verbales de significado del trabajo. Conclusiones: los significados dados al trabajo fueron no solo coherentes con las valoraciones numéricas de las condiciones laborales, sino que además las hicieron más comprensibles. La información obtenida plantea desafíos para la reflexión y señala caminos orientados a la promoción de los aspectos positivos y a la prevención de los negativos de las condiciones del trabajo de enfermería. (14).

en este trabajo de investigación nos muestra que la introspección que tiene la enfermera de su condición laboral, refleja la forma como califica su entorno actual. Y como consecuencia su sentir, positivo o negativo.

VICENTA GÓMEZ M.CLEOTILDE GARCÍA R.SONIA CARREÑO-MORENO MATIANA MORALES (México, 2018) en su estudio de investigación: Titulado “estilo de vida saludable en estudiantes de enfermería del Estado de México con el Objetivo: describir el estilo de vida saludable de los estudiantes de enfermería de la Universidad Autónoma del Estado de México. Materiales y método: se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con 883 estudiantes de enfermería. Se utilizó el

cuestionario Estilo de Vida Saludable y Salud en Estudiantes Universitarios EVISAUN versión 3. El estudio contó con aval académico para su desarrollo. Resultados: el perfil de los participantes fue femenino, edad promedio de 21 años, dependientes económicamente, y algunos con vinculación laboral. Se encontró nivel de actividad física moderado, y estado de salud y calidad de vida bueno y regular. Las medidas antropométricas muestran un índice de masa corporal promedio de 23,8-24,35 (normal) y circunferencia abdominal dentro de los parámetros normales. El patrón de descanso y sueño es malo, el nivel de estrés alto y las prácticas alimentarias son poco saludables. Conclusión: los resultados muestran que hay factores de riesgo en el estilo de vida de los estudiantes de enfermería participantes. Esto puede mejorarse si se fortalece la adopción de prácticas saludables progresivas que no impliquen cambios drásticos sino transiciones saludables (15).

Este trabajo de investigación nos muestra que las enfermeras desde estudiantes muchas veces reflejamos factores de riesgo para nuestra salud relacionado a estilos de vida no saludables.

ALDRETE MG, NAVARRO C, GONZÁLEZ R, LEÓN SG, HIDALGO G (Cuba 2018) en el trabajo de investigación: “ESTRÉS Y SALUD EN PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UNA UNIDAD DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN” cuyo Objetivo fue determinar las manifestaciones de estrés laboral y salud en personal de enfermería en una unidad de salud de tercer nivel de atención. material y método, Diseño Estudio observacional, transversal, analítico, en personal de enfermería de una unidad de tercer nivel de atención. en donde se aplicó la escala de síntomas de estrés de Seppo Aro (ESE) y un instrumento construido ex profeso para determinar la autopercepción de salud, resultados, la presencia de enfermedades, su atención y sus repercusiones en el trabajo. 36,4 % de los participantes resultaron estresados, los síntomas más frecuentes de estrés fueron: acidez en el estómago, dificultad para conciliar el sueño y despertar durante la noche. Presentaba problema de salud el 31,5 % del personal; en primer lugar, problemas gástricos, 27,5 %, como segunda causa de morbilidad la

diabetes mellitus (21,6 %) y en tercer lugar la hipertensión arterial (15,7 %). El tiempo promedio de tener la enfermedad fue de 62 meses, 51,2 % ha acudido al médico en los últimos 6 meses, 23,5 % ha faltado a su trabajo por problemas de salud. Se concluye que quien trabaja en el turno nocturno tiene tres veces más riesgo de presentar estrés y que una de cada 3 personas padece estrés y tiene problemas de salud. (16).

Podemos observar que el estrés y las enfermedades gástricas y trabajo nocturno, tienen una correlación muy estrecha, y un 51.2 % de las enfermeras estudiadas acudió a una consulta médica.

2.1.2. Antecedentes Nacionales:

DELGADO O. (Arequipa 2017), es su investigación efectividad del programa reforma de vida en miembros de círculos de salud de Cayma EsSalud. **Objetivo.** Evaluar el efecto del Programa Reforma de Vida en los estilos de vida de miembros de los círculos de salud de los distritos de Alto Selva Alegre (2500 m de altitud) y Cayma (2400 m de altitud) en Arequipa durante el año 2016. **Materiales y Métodos.** Estudio cuasi-experimental pre post de un solo grupo. Se seleccionaron 91 adultos mayores al ingreso a círculos de salud de los distritos de Alto Selva Alegre y Cayma en Arequipa; quienes recibieron el programa Reforma de Vida por doce semanas por parte de un equipo multidisciplinario debidamente capacitado. Se midieron los estilos de vida antes y después de la intervención mediante el test FANTASTICO. **Resultados.** Inicialmente, 61,5% de los participantes fueron calificados con estilos de vida algo bajos. Después de la intervención, 69,2% de ellos mostraron tener estilos de vida fantásticos. Los cambios más importantes se encontraron en las dimensiones Familia (61,5-71,4% de incremento en respuestas adecuadas); Introspección (44,0-83,5% de incremento en respuestas adecuadas), y Nutrición/Alimentación (62,6-80,2% de incremento en respuestas adecuadas). Las diferencias entre los puntajes finales, y por dimensiones antes y después de la intervención, fueron estadísticamente significativas ($p < 0,001$). **Conclusión.** Se observa una mejora en los estilos de vida después de la intervención de Reforma de Vida,

principalmente en las dimensiones de Familia, Introspección y Nutrición/Alimentación en los adultos mayores miembros de los Círculos de Salud de los distritos de Alto Selva Alegre y Cayma en Arequipa, en el año 2016. (17).

Este estudio nos reitera que el programa reforma de vida logra resultados positivos en el cambio de estilo de vida de las personas. Y podría lograr cambios positivos en el estilo de vida de las enfermeras.

VILCA A. (Lima 2017) en su estudio: estilos de vida en el profesional de enfermería del servicio de emergencia. hospital Cayetano Heredia, El **objetivo** es determinar el estilo de vida del profesional de enfermería que labora en el servicio de emergencia del Hospital Cayetano Heredia, 2017. **Material y Método:** estudio de enfoque cuantitativo de tipo descriptivo, de corte transversal. la población estuvo constituida por 68 enfermeros. la técnica utilizada fue la entrevista y el instrumento el health promoting life profile (hplp), instrumento estandarizado por sn walker, k. sechrist, n. pender en español conformado por 52 items. **Resultados:** el 59% de los profesionales de enfermería tienen un estilo de vida saludable y el 41% es no saludable. en relación a la dimensión crecimiento espiritual el 96% de las enfermeras tienen estilos de vida saludable y el 4% es no saludable, respecto a relaciones interpersonales el 88% de las enfermeras presentan estilos de vida saludable y el 12 % no saludable, respecto a nutrición saludable el 60% de ellas tienen estilos de vida saludable y el 40% no saludable, asimismo en la responsabilidad en salud el 52% de enfermeras tienen estilos de vida saludable y el 48% es no saludable, en actividad física el 80% no tienen estilos de vida saludable y el 20% es saludable, en el manejo del estrés el 63% de los enfermeros no tienen estilos de vida saludable y el 37% es saludable. **Conclusiones:** el mayor porcentaje de los profesionales de enfermería tienen estilos de vida saludable y el menor porcentaje tienen estilos de vida no saludable. el mayor porcentaje de enfermeros tienen estilos de vida saludable en las dimensiones responsabilidad en salud, nutrición saludable, crecimiento espiritual y relaciones interpersonales y el menor porcentaje de enfermeros tienen estilos de vida no saludable en la

dimensión actividad física y manejo del estrés. el área crítica del estilo de vida del profesional de enfermería está en la dimensión actividad física. (18) en este trabajo de investigación podemos concluir que el 80 % de enfermeras no realizan ejercicios físicos, creo es el punto más crítico en los estilos de vida no saludables.

JAYO Y. (2017) en Ayacucho en su investigación titulada “Actitud y practica de estilos de vida en profesionales de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo de Huanta Ayacucho, 2017” tuvo como **objetivo**, determinar la relación entre actitud y practica de estilos de vida en profesionales de enfermería del servicio de emergencia en el Hospital de Apoyo de Huanta. Ayacucho, 2017. **Material y método.** La población muestral fueron 30 profesionales de enfermería del servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Huanta, entre mayo y julio de 2017. El estudio fue de tipo correlacional con diseño transversal. Se utilizó la escala de practica de los estilos de vida y la escala de actitud de los estilos de vida, los cuales fueron válidos y confiables. La técnica empleada fue la encuesta. El análisis estadístico se realizó con el cálculo del Coeficiente de Correlación “Tau “b” de Kendall”: con un valor $p < 0,05$. Se tuvo en cuenta los aspectos éticos. **Resultados.** El 50% reportan una actitud positiva hacia los estilos de vida promotores de salud, 40% indiferente y 10% negativa. Por otro lado, el 56,7% reportan una práctica de estilos de vida moderadamente saludable, 23,3% (7) saludable y 20% (6) no saludable. **Conclusión.** La actitud se relaciona directamente con la práctica de estilos de vida en profesionales de enfermería del servicio de emergencia en el Hospital de Apoyo de Huanta (rm: 0,687; $p = 0,000$). Por tanto, se acepta la hipótesis de Investigación. (19)

En este estudio de investigación me preocupa el 10 % de enfermeras con actitud negativa hacia los estilos de vida saludables que puede jugar en contra en la implementación del programa: reforma de vida.

CUNGUIA L. (Piura 2017) en Piura en su tesis titulado: Actitudes y practicas sobre estilos de vida del enfermero (a) del Hospital Santa Rosa Piura 2017, 1

La presente investigación tuvo como **objetivo** determinar las actitudes y practicas sobre estilos de vida del enfermero (a) del Hospital Santa Rosa - Piura, 2017; **Material y métodos**, tuvo un enfoque cuantitativo, es de tipo descriptivo, prospectivo y de corte transversal. Se utilizó la técnica de la encuesta y como instrumento el cuestionario de Perfil de estilo de vida (PEPS-I) de Nola Pender (1996)., la población estuvo conformada por 84 profesionales de enfermería; la muestra con un margen de error del 5% será de 70 profesionales de enfermería a las que se aplicaran criterios de inclusión y exclusión; la recolección de datos se realizó mediante la técnica de la entrevista utilizando un cuestionario debidamente validado. Se utilizó el programa estadístico SPSS V. 23, para lo cual los datos fueron tabulados, en frecuencias y porcentajes. Se dio como **resultado** que la edad predominante esta entre el rango de 30 a 59 años con el 60.0% (42), tenemos que son la mayoría del sexo femenino con 91.4% (64), tienen una relación formal con sus parejas (casados) con 45.7% (32), además tienen un tiempo de servicio entre 4 a 9 años con 74.3% (52), no trabajan en otras instituciones con 54.3% (38) y como índice de masa corporal tiene 25.0 a 29.9 con 61.4% (43). Además, los profesionales en enfermería tuvieron una actitud favorable sobre los estilos de vida con 82.9% (58) y sus prácticas sobre los estilos de vida fueron saludables en su mayoría con 54.3% (38). **Se concluye** que la actitud y la práctica guardaron relación entre sí para determinar los estilos de vida de los enfermeros en el Hospital Santa Rosa - Piura, durante el año 2017. (20)

POLO D. (Madre de Dios 2018) en su tesis: Eficacia del Programa Reforma de Vida en trabajadores activos, con diabetes tipo2 en el Hospital I EsSalud Víctor Alfredo Lazo Peralta, Red Asistencial Madre de Dios, Puerto Maldonado, tuvo como **objetivo** determinar la eficacia del programa Reforma de Vida en el control de los factores de riesgo en pacientes con diabetes tipo 2, trabajadores en actividad de empresas públicas, privadas y organismos públicos de la ciudad de Puerto Maldonado en el período octubre 2017 a marzo 2018. **Material y Métodos**, El estudio fue de enfoque cuantitativo, de corte longitudinal y de diseño cuasi-experimental, con un pre-

test y un post-test tanto para el grupo control como para el grupo de intervención. La **muestra** estuvo formada por 30 trabajadores de ambos sexos entre 20 a 65 años de edad, siendo la mitad el grupo control y la otra mitad el grupo de intervención, seleccionados en base a criterios de inclusión y exclusión mediante muestreo no probabilístico intencional. La técnica fue revisión documental y los instrumentos fueron la ficha médica de control del programa Reforma de Vida y la ficha clínica, ambas partes de la historia clínica. El programa Reforma de Vida se realizó en 12 sesiones en promedio en cada uno de los centros laborales y se basó en sus tres pilares: alimentación terrestre, alimentación celeste, y alimentación humana. **Resultados:** No se encontró diferencias significativas entre el pre-test y el post-test para los indicadores: índice de masa corporal, HDL, LDL, triglicéridos, colesterol total, y glicemia basal, **Concluye** que, el programa Reforma de Vida aplicado no habría sido eficaz en controlar los factores de riesgo de la diabetes tipo 2, atribuido ello posiblemente a la poca sensibilización y/o compromiso de cada trabajador por el autocuidado de su salud, una deficiente gestión del tiempo de sedentarismo, y comorbilidades existentes, entre otros factores (21)

este trabajo de investigación nos muestra que el programa reforma de vida aplicado en paciente con diabetes tipo 2, no obtuvo los resultados esperados, demostrándonos claramente que el problema principal de estos pacientes son la mala alimentación y el sedentarismo.

MAYTA G. (PUNO 2018) en su tesis: efecto de la intervención con educación alimentaria – nutricional, actividad física y componente alimentario en adultos con síndrome metabólico pre mórbido de instituciones de la ciudad de puno. **El objetivo** de la investigación fue determinar el efecto de la intervención con educación alimentaria – nutricional, actividad física y componente alimentario en adultos con síndrome metabólico pre mórbido de instituciones de la ciudad de Puno. **Material y Método:** de tipo cuasi experimental, descriptivo y analítico. La población está conformada por 50 personas entre 18 a 60 años. Se aplicó, el método antropométrico para determinar el peso,

talla y perímetro abdominal, método bioquímico para determinar triglicéridos, HDL-c y glicemia basal, método clínico para determinar presión arterial, se dividió en 2 grupos, un grupo control conformada por 10 personas y un grupo experimental subdivida en 4 grupos GE1, GE2, GE3 y GE4 con 10 personas cada uno, el grupo experimental recibió educación alimentaria – nutricional, actividad física y componente alimentario, el grupo control no recibió intervención, la duración total fue 60 días y se realizó una evaluación bioquímica, clínica, antropométrica y de conocimientos a los 0 y 60 días, antes y después de la intervención. Para el análisis estadístico se aplicó la prueba T student, **en conclusión**, la intervención con educación alimentaria-nutricional, actividad física y componente alimentario, si tuvo efecto en los indicadores de perímetro abdominal, triglicéridos, y HDL-c. (22)

cabe mencionar entonces que para tener mejores resultados y efectos en relación a indicadores como glicemia y presión arterial se necesitaran mayor tiempo de intervención a los 60 días.

CASTILLO M. (CHINCHA 2019) en la tesis titulado: Reforma de vida saludable y su influencia en la salud del adulto mayor que acude a la consulta externa en el Hospital Rene Toche Groppo, Se realizó la presente investigación con el **objetivo** de determinar cómo influye la reforma de vida saludable en la salud del adulto mayor que acude a consulta externa en el hospital Rene Toche Groppo – Chincha, **Material y Métodos:** se planteó un estudio cuasi experimental pre y post test teniendo como muestra un grupo de 82 adultos mayores que acudieron a la consulta en el programa del adulto mayor del hospital en mención; se aplicó encuestas, antes y después del inicio de los talleres educativos y auto instructivos actividad física y recreacional, por un periodo de 4 meses teniendo **como resultados** que todos los factores analizados y tomados en cuenta para el mejoramiento de vida guardan relación con la salud del adulto mayor en relación a un primer momento y que fueron los factores biosocioculturales los que tuvieron una mejor variabilidad tal es así que la frecuencia de paseos mejoro en un 23,17% la frecuencia en el consumo mínimo de 3 vasos de agua mejoró en un 35,37 % , la capacidad de vestirse sin ayuda en un 13,41% la de valerse

por sí mismo en 12,20%. En relación a los indicadores contacto con los familiares se mejoró en un 10,98% el resentimiento con los familiares en un 4,88% hubo una medición de 25,61 % de encuestados que manifestaron haber cambiado su rutina para incluir una actividad mental promedio y para la actividad física se obtuvo una mejora del 23,17%. **Concluyendo** que al haberse verificado la variación en los indicadores existió una influencia positiva del programa de reforma de vida saludable en los adultos mayores que acudieron a la consulta en el hospital Rene Toche Gropoo de Chincha. (23)

Esta investigación nos muestra que los factores biosocioculturales son los primeros en modificarse con la intervención del programa reforma de vida

2.2 Base Teórica

Las teorías y modelos están cada vez más presentes en los programas formativos de enfermería, sobre todo a nivel de licenciatura, especialidad, maestrías y doctorado, pues las teorías constituyen un conjunto organizado de conocimientos abstractos, avalados por la investigación científica y el análisis lógico, que proporcionan las bases para comprender la realidad en enfermería, y capacitan al enfermero para comprender el por qué un hecho ocurre.

“Con el aprovechamiento del conocimiento teórico, el profesional de enfermería puede ser capaz de describir y explicar qué está ocurriendo. Una vez que ha comprendido por qué una situación aparece, es posible identificar qué acción específica debe realizar en esa situación, esto es aplicable, no solo cuando aparecen las situaciones, sino, antes de que se lleguen a producir, ya que puede predecir y controlar situaciones o fenómenos que discurren en la práctica”. (24)

2.2.1 Teoría de Promoción de la Salud de Nola J. Pender

Nola Pender, enfermera, autora del modelo de Promoción de la Salud, “expresó que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. Se interesó en la creación de un modelo enfermero que diera respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud. Este modelo pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud; enfatiza el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr. Nola Pender nace en Lansing, Michigan el 16 de agosto de 1941, su primer acercamiento con la enfermería fue a los 7 años, al observar el cuidado enfermero que le ofrecían a su tía hospitalizada. En 1962 recibe su diploma de la escuela de enfermería de West Suburban Hospital de Oak Park, Illinois. En 1964 completa su título en la Universidad del Estado de Michigan, Evanston, Illinois. Su trabajo de doctorado fue encaminado a los cambios evolutivos advertidos en los procesos de codificación de la memoria inmediata de los niños, de ahí surgió un fuerte interés por ampliar su aprendizaje en el campo de la optimización de la salud humana, que daría origen posteriormente al Modelo de Promoción de la Salud (MPS). El MPS expone de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud. Está inspirado en dos sustentos teóricos: la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather.

El primero, postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e incorpora aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual, reconoce que los factores psicológicos influyen en los comportamientos de las personas. Señala cuatro requisitos para que éstas aprendan y modelen su comportamiento: atención (estar expectante ante lo que sucede), retención (recordar lo que uno ha observado), reproducción (habilidad de reproducir la conducta) y motivación (una buena razón para querer adoptar esa conducta). El segundo sustento teórico, afirma que la conducta es racional, considera que el componente motivacional clave para conseguir un logro es la

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

El modelo de promoción de la salud propuesto por Nola Pender ampliamente utilizado por las enfermeras ya que nos permite comprender el comportamiento humano relacionado con la salud y a su vez orienta hacia la generación de conductas saludables, este modelo es más estudiado y utilizado por el campo de la enfermería y la sociología,

6 conceptos de conducta promotora de salud; 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, éste 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.(25)

2.2.2 Dorothea E. Orem 1914-2007 Teoría del déficit de autocuidado

Orem etiquetó su teoría de déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por las siguientes tres teorías relacionadas:

1. La teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas.
2. La teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente.
3. La teoría de sistemas enfermeros, que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero.

AUTOCUIDADO El autocuidado consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo.

CUIDADO DEPENDIENTE Cuidado dependiente se refiere al cuidado que se ofrece a una persona que, debido a la edad o a factores relacionados, no puede realizar el autocuidado necesario para mantener la vida, un funcionamiento saludable, un desarrollo personal continuado y el bienestar.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO Un requisito de autocuidado es un consejo formulado y expresado sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se sabe o se supone que son necesarias para la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo unas circunstancias y condiciones específicas. Un requisito de autocuidado formulado comprende dos elementos:

1. El factor que se debe controlar para que se mantenga un cierto aspecto del funcionamiento y desarrollo humanos en las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar personales.

2. La naturaleza de la acción requerida. Los requisitos de autocuidado formulados y expresados representan los objetivos formalizados del autocuidado. Son las razones por las que se emplea el autocuidado; expresan los resultados deseados, el objetivo del autocuidado

REQUISITOS DE AUTOCAUIDADO UNIVERSALES Los objetivos requeridos universalmente que deben alcanzarse mediante el autocuidado o el cuidado dependiente tienen sus orígenes en lo que se conoce y lo que se valida o lo que está en proceso de ser validado sobre la integridad estructural y funcional humana en las diversas etapas del ciclo vital. Se proponen ocho requisitos comunes para los hombres, las mujeres y los niños:

1. El mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

2. El mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.

3. El mantenimiento de un aporte suficiente de agua.

4. La provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación.

5. El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso.

6. El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.

7. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

8. La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.

La normalidad se define como aquello que es esencialmente humano y es acorde con las características genéticas y constitucionales, y con el talento de las personas

ACTIVIDAD DE AUTOCAUIDADO Se define como la compleja habilidad adquirida por las personas maduras, o que están madurando, que les permite conocer y cubrir sus necesidades continuas con acciones deliberadas, intencionadas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo humano.

(26)

2.2.3 Jean Watson: Filosofía y teoría del cuidado transpersonal de Watson

Para desarrollar su teoría, Watson (1988) define teoría como «un grupo imaginativo de conocimiento, ideas y experiencia que se representa simbólicamente y busca iluminar un fenómeno dado» Además, afirma, «[La ciencia humana] es una teoría porque me ayuda a “ver” mejor [claramente]». Watson se apoya en gran medida en las ciencias y las humanidades, ofreciendo una orientación fenomenológica, existencial y espiritual. Reconoce el liderazgo filosófico e intelectual de la teoría feminista, la metafísica, la fenomenología, la física cuántica, las tradiciones de sabiduría, la filosofía perenne y el budismo (Watson, 1995, 1997, 1999, 2005). Además del conocimiento de la enfermería tradicional, como base para su teoría cita filosofías y teóricas de la enfermería como Nightingale, Henderson, Leininger, Peplau, Rogers y Newman, y la obra de Gadown, una enfermera filósofa y ética sanitaria (Watson, 1985, 1997, 2005). Describe una estrecha conexión con «el sentido de “llamada” de Nightingale, guiada por un profundo sentido de compromiso y una ética pactada de servicio humano» (Watson, 2007)

Los principales conceptos de Watson incluyen los 10 factores de cuidados:

1. Formación de un sistema humanístico-altruista de valores Los valores humanísticos y altruistas se aprenden pronto en la vida, pero pueden recibir una gran influencia por parte de las enfermeras-educadores. Este factor se puede definir como una satisfacción a través de la cual se puede dar una extensión del sentido de uno mismo.
2. Inculcación de la fe-esperanza Este factor, que incorpora valores humanísticos y altruistas, facilita la promoción del cuidado enfermero holístico y del cuidado positivo dentro de la población de pacientes. También describe el papel de la enfermera a la hora de desarrollar interrelaciones eficaces enfermera-paciente y a la hora de promover el bienestar ayudando al paciente para que adopte las conductas que buscan la salud.

3. Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás El reconocimiento de los sentimientos lleva a la auto actualización a través de la auto aceptación tanto para la enfermera como para el paciente. A medida que las enfermeras reconocen su sensibilidad y sus sentimientos, éstos se vuelven más genuinos, auténticos y sensibles hacia los demás.

4. Desarrollo de una relación de ayuda-confianza El desarrollo de una relación de ayuda-confianza entre la enfermera y el paciente es crucial para el cuidado transpersonal. Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos. Implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz. La coherencia implica ser real, honesto, genuino y auténtico. La empatía es la capacidad para la experiencia y, por tanto, sirve para comprender las percepciones y sensaciones de otra persona y para comunicar aquellas comprensiones. La acogida no posesiva se manifiesta con un volumen moderado del habla; una postura relajada, abierta, y las expresiones faciales, que son coherentes con el resto de las comunicaciones. La comunicación eficaz tiene componentes de respuestas cognitivas, afectuosas y conductuales.

5. Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos El hecho de compartir los sentimientos es una experiencia de riesgo tanto para la enfermera como para el paciente. La enfermera debe estar preparada tanto para sentimientos positivos como negativos. La enfermera debe reconocer la comprensión intelectual y emocional de una situación distinta de las demás.

6. Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones El uso del proceso de enfermería aporta un enfoque científico de solución de problemas en el cuidado enfermero, disipando la imagen tradicional de la enfermera como la ayudante de un médico. El proceso enfermero es similar al proceso de investigación en lo que se refiere a la sistematización y a la organización Promoción de la enseñanza-aprendizaje interpersonal Este factor es un concepto importante para la enfermería porque separa el cuidado de la curación. Permite que el paciente

esté informado y cambia la responsabilidad por el bienestar y la salud del paciente. La enfermera facilita este proceso con las técnicas de enseñanza-aprendizaje diseñadas para permitir que los pacientes realicen el autocuidado, determinar las necesidades personales y ofrecer oportunidades para su crecimiento personal.

8. Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual Las enfermeras tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen en la salud y la enfermedad de los individuos. Los conceptos relevantes para el entorno interno incluyen el bienestar mental y espiritual, y las creencias socioculturales de un individuo. Además de las variables epidemiológicas, se incluyen otras variables externas como la comodidad, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios, estéticamente agradables.

9. Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas, La enfermera reconoce sus propias necesidades biofísicas, psicofísicas psicosociales e intrapersonales y las del paciente. Los pacientes tienen que satisfacer las necesidades de menor rango antes de intentar cubrir las de un rango superior. La comida, la eliminación de residuos y la ventilación son algunos de los ejemplos de las necesidades biofísicas de mayor rango, mientras que la actividad, la inactividad y la sexualidad se consideran necesidades psicofísicas de mayor rango. La consecución y la afiliación son necesidades psicosociales de rango superior. La auto actualización es una necesidad superior intrapersonal-interpersonal.

10. Permisión de fuerzas existenciales-fenomenológicas, La fenomenología describe los datos de la situación inmediata que ayudan a la gente a comprender los fenómenos en cuestión. La psicología existencial es una ciencia de la existencia humana que utiliza los análisis fenomenológicos. Watson considera que este factor es difícil de comprender. Se incluye para ofrecer una experiencia que estimule el pensamiento a una mejor comprensión de uno mismo y de los demás.

Watson cree que la responsabilidad de las enfermeras tiene que ir más allá de los 10 factores de cuidado y facilitar el desarrollo en el área de promoción de la salud mediante las acciones preventivas de salud. Esta meta se alcanza enseñando cambios personales a los pacientes para fomentar la salud, ofreciendo apoyo situacional, enseñando métodos de resolución de problemas y reconociendo las capacidades de superación y la adaptación a la pérdida (Watson, 1979).

Afirmaciones teóricas según Watson

Enfermería. - Según Watson (1988), la palabra nurse es nombre y verbo. Para ella, la enfermería consiste en «conocimiento, pensamiento, valores, filosofía, compromiso y acción, con cierto grado de pasión». Las enfermeras se interesan por entender la salud, la enfermedad y la experiencia humana, fomentar y restablecer la salud, y prevenir la enfermedad. Su teoría pide a las enfermeras que vayan más allá de los procedimientos, tareas y técnicas utilizados en la práctica, acuñados como el «estado» de la enfermería, en contraposición a la «esencia» de la enfermería, lo que significa que los aspectos de la relación enfermera-paciente se traducen en un resultado terapéutico incluido en el proceso de cuidado transpersonal.

Personalidad (ser humano). - Watson utiliza indistintamente los términos ser humano, persona, vida, personalidad y yo. Considera a la persona como «una unidad de mente/ cuerpo/espíritu/naturaleza» y describe que la «personalidad va unida a las ideas de que el alma posee un cuerpo que no está confinado por el tiempo y el espacio objetivos...» Watson afirma: «Propongo utilizar la mente, el cuerpo, el alma o la unidad en una visión del mundo emergente en evolución-conexión de todo, conocida a veces como paradigma unitario transformador-holográfico del pensamiento. A menudo se considera dual porque utilizo las tres palabras “mente, cuerpo, alma”. Intencionadamente hago connotaciones y dejo explícito espíritu/metafísico —silente en otros modelos»

Salud.- «unidad y armonía en la mente, el cuerpo y el alma»; se asocia con el «grado de congruencia entre el yo percibido y el yo experimentado «Dolencia no es necesariamente enfermedad; [en su lugar] es una confusión o desarmonía subjetiva en el yo interior o el alma de una persona en cierto nivel de desarmonía en las esferas de la persona, por ejemplo, en la mente, el cuerpo y el alma, de forma consciente o inconsciente» «Si bien la dolencia puede producir una enfermedad, dolencia y salud son un fenómeno que no se ve necesariamente como un continuo. Los procesos de enfermedad pueden deberse a vulnerabilidades genéticas, constitucionales y manifestarse si existe una desarmonía. A su vez, la enfermedad crea más desarmonía».

Entorno. - En los diez factores de cuidado originales, Watson habla del papel de la enfermera en el entorno como «atender los entornos de apoyo, protector y/o correctivo mental, físico, social y espiritual» En trabajos posteriores, describe que «los espacios de curación pueden usarse para ayudar a otros a superar la enfermedad, el dolor y el sufrimiento», y hace hincapié en que el entorno y la persona están conectados: «Cuando la enfermera entra en la habitación del paciente, se crea un campo magnético de expectativa» También tiene una visión amplia del entorno: «La ciencia del cuidado no es sólo para mantener la humanidad, sino que también es para mantener el planeta... Pertenecer a un mundo espiritual infinito de naturaleza y todas las cosas vivas; es el nexo fundamental entre humanidad y la propia vida, en el tiempo y el espacio, fronteras y nacionalidades» (27)

2.3 Base Conceptual

2.3.1. Estilo de vida. - La Organización Mundial de la Salud (OMS) define un estilo de vida saludable como el resultado de una serie de hábitos que permiten “un estado de completo bienestar físico, mental y social”. Esto implica temas como la alimentación, el ejercicio físico, la prevención de la enfermedad, el trabajo, la relación con el medio ambiente, el descanso

adecuado, la recreación y la actividad social. Con los aportes de la doctora María Paula Alfonso, nutricionista dietista de la Clínica del Country y el doctor Charles Bermúdez, jefe de nutrición y soporte nutricional de la Clínica del Country y de la Clínica La Colina, y de la OMS, estas son algunas recomendaciones que le ayudarán a alcanzar el objetivo de tener un estilo de vida saludable:

- Alimentarse bien. Es importante consumir de todos los grupos de alimentos en calidad y cantidad suficiente, lo que permite cubrir las necesidades nutricionales y que el organismo funcione de una manera óptima. La propia OMS aconseja y destaca lo importante que es incluir diariamente proteínas, frutas, verduras, grasas saludables, etc. En este tema, su profesional en nutrición podrá ayudarle a llevar una alimentación de una forma segura y responsable.
- Ejercitarse a diario: La actividad física regular confiere distintos beneficios a la salud, entre otros, la prevención de enfermedades crónicas, como la diabetes, la hipertensión o la obesidad, a lo que se suman sus efectos importantes en la salud mental, emocional, calidad de sueño. En la Cartilla 'Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud', la Organización Mundial de la Salud, recomienda para los adultos de 18 a 64 años, acumular un mínimo de 150 minutos semanales de actividad física aeróbica moderada, o 75 minutos de actividad física aeróbica vigorosa cada semana, o bien una combinación de las dos. Caminar, montar en bicicleta, bailar y algunas áreas domésticas se incluyen entre las opciones.
- Evitar sustancias tóxicas como el tabaco y el alcohol: en la actualidad se han estudiado ampliamente los efectos negativos de estos sobre la salud y hacen parte de las principales causas en la aparición de ciertos tipos de cáncer. Así que, absténgase de consumirlos.
- Mantener un equilibrio mental: Hace referencia al bienestar emocional y psicológico. Algunos signos como el estrés, el cansancio, la ansiedad son muestra de que el estado mental no es del todo saludable, y se debe buscar ayuda para aprender a llevar una vida tranquila, a tomar las

mejores decisiones ante los problemas, y recibir terapia cuando esta se requiere, de tal manera que le permita encaminar el rumbo de sus relaciones o decidir un cambio de trabajo o incluso organizar su tiempo para que quede espacio para compartir en familia, para relacionarse y para descansar.

- Dormir y descansar lo suficiente. La Academia de la Medicina del Sueño de Estados Unidos (AASM) y la Academia Americana de Pediatría (AAP), aconsejan, para tener una vida sana, que los adultos duerman unas 8-10 horas, aunque esto puede variar en cada caso, es decir, habrá adultos que con seis horas sienten que han descansado y recuperado energías y otros que necesitan más horas. (28)

Estilos de vida también definidos como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida. Los estilos de vida son determinados de la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social.

Sin embargo, a pesar del interés creciente desde el campo de la salud, el concepto de estilo de vida no constituye un ámbito de estudio nuevo. Según revisiones históricas realizadas, los orígenes de este concepto se remontan a finales del siglo XIX y las primeras aportaciones al estudio de este concepto fueron realizadas por filósofos como Karl Marx y Max Weber. Estos autores ofrecieron una visión sociológica del estilo de vida, enfatizando los determinantes sociales de su adopción y mantenimiento. Desde la orientación sociológica, la mayoría de definiciones convergen al atender el estilo de vida como un patrón de actividades o conductas que los individuos eligen adoptar entre aquellas que están disponibles en función de su contexto social. A principios del siglo XX, aparece una orientación personalista representada por Alfred Adler con su Psicología Individual, produciéndose un desplazamiento desde los factores socioeconómicos a los

factores individuales en el estudio de los estilos de vida. Por lo tanto, desde esta filosofía se define el estilo de vida como un patrón único de conductas y hábitos con los cuales el individuo lucha para sentirse mejor. Una disciplina que durante la segunda mitad del siglo XX también incorpora el término estilo de vida es la antropología. Algunos estudiosos de esta área, introducen este término en sus trabajos para designar el rango de actividades en la que se implica un grupo. En contraste con los sociólogos que enfatizan los determinantes socioeconómicos, los antropólogos enfatizan la importancia de la cultura. No obstante, durante la segunda mitad del siglo XX, el ámbito de aplicación en el que el término estilo de vida ha tenido más impacto ha sido el área de salud. En los años 50 es cuando empieza a utilizarse en el contexto de la investigación sobre Salud Pública y en el intento de buscar explicación a los problemas de salud que empezaban a caracterizar a las sociedades industrializadas. Las primeras investigaciones realizadas desde el campo de la salud adoptan una perspectiva médico-epidemiológica. En la línea de lo explicado en apartados anteriores sobre la filosofía del modelo biomédico, desde este paradigma, la comunidad médica defendía que las personas practican estilos de vida insanos por su propia voluntad. Es decir, este modelo no reconocía la importancia del contexto social y de los factores psicológicos como condicionantes de la adquisición de los estilos de vida. Precisamente porque culpabiliza a la víctima de sus hábitos o estilos de vida insanos, este enfoque ha recibido numerosas críticas. (29).

El estilo de vida comprende actitudes y valores, que se expresan en el comportamiento del individuo en diferentes áreas de la vida, entre ellas, la actividad física, la alimentación, el uso de bebidas alcohólicas, el uso del cigarrillo y el manejo de la sexualidad. Así como el ambiente social, físico, cultural, y aspectos económicos que impactan la vida de las personas. El estilo de vida no es un vago concepto que puede ser modificado voluntariamente, está estrechamente interrelacionado con las condiciones de vida, tal como se desprende del documento de la OMS (1998) "Prácticas Saludables para Todos". El estilo de vida no es una simple decisión individual, existen límites a las opciones abiertas al individuo, por el medio social, cultural y los medios económicos.

2.3.2. Estilos de vida saludables. - Cada hogar de nuestro país culturalmente mantiene hábitos y conductas que a lo largo de la vida adquieren un estilo de vida, sea este poco saludable o sano. A través de la promoción, información y educación estos hábitos o costumbres poco sanas pueden cambiar en la adopción de hábitos que los lleven a construir estilos de vida saludables, a través de una alimentación nutritiva en calidad y cantidad, la adopción de actividad o ejercicio físico y actividades recreativas, descanso, una actitud mental positiva, hábitos de higiene, espiritualidad independientemente de la religión que se profese, prevención y cuidado del ambiente, así como evitar riesgos que comprometan la integridad física de las personas. Cuando se aprende a cuidar la salud los hábitos saludables son tan importantes como buscar atención médica cuando se está enfermo para anticipar situaciones que puedan dañarla, por otro lado el consumo de agua limpia y segura, la prevención de la violencia familiar e intrafamiliar, el cuidado del medio ambiente que de él recibimos nuestro sustento diario, la vigilancia de los jóvenes en el consumo de drogas sean estas legales o ilegales, así como también la enseñanza familiar en aspectos de la sexualidad humana y el uso responsable de la tecnología en sus hijos(as) y familiares en general. El entorno saludable es el espacio físico, social y cultural donde se habita cotidianamente (vivienda, escuela, lugar de trabajo, vecindario, vereda, municipio, ciudad) y donde se establecen relaciones sociales que determinan una manera de vivir y de ser, el concepto de Entornos Saludables incorpora tanto los aspectos de saneamiento básico, como los relacionados con espacios físicos limpios y adecuados, así como las redes de apoyo para lograr ámbitos psicosociales sanos y seguros, libres de violencia (abuso físico, verbal y emocional). De la misma manera las actividades de información y de educación para la salud que constituyen un complemento de estas otras formas de intervención. Por lo anteriormente dicho es importante destacar también que el buen estilo de vida saludable, es aquel en el que se mantiene una armonía y equilibrio en su dieta alimentaria, actividad o ejercicio físico, vida sexual sana, conducción segura, manejo del estrés, capacidad

intelectual, recreación (sobre todo al aire libre) descanso, higiene, paz espiritual buenas relaciones interpersonales, así como también la relación con nuestro entorno entre otras. (30)

¿Qué es un estilo de vida? Según el Diccionario Filosófico de M. Rosental y P. Iudin (Editora Política, La Habana, 1981), refiriéndose al estilo, se plantea que en el mismo se reflejan tanto las condiciones económico-sociales de la vida de la sociedad como las peculiaridades y las tradiciones de tal o más cual pueblo, sería pues la forma como se comporta o manifiesta una determinada cultura, por lo que cada pueblo, nación, o aún diferentes grupos sociales pueden tener diferentes estilos de vida y aún haciéndolo más particular, una comunidad, una familia o un individuo pueden tener un estilo de vida en particular dependiendo de sus conocimientos, necesidades reales, posibilidades económicas, etc. Es un modo de vida individual, es la forma de vivir de las personas. Se relaciona estrechamente con la esfera conductual y motivacional del ser humano y, por lo tanto, alude a la forma personal en que el hombre se realiza como ser social en condiciones concretas y particulares. Por estilo de vida queremos denominar, de una manera genérica, aquellos patrones cognitivos, afectivos-emocionales y conductuales que muestran cierta consistencia en el tiempo, bajo condiciones más o menos consistentes y que pueden constituirse en factores de riesgo o seguridad, dependiendo de su naturaleza. Los estudios epidemiológicos han mostrado la relación existente entre el estilo de vida que las personas exhiben y el proceso salud-enfermedad. Un estilo de vida saludable constituye un importante factor en la configuración del perfil de seguridad. Al hablar de estilo de vida saludable nos referimos a comportamientos que disminuyen los riesgos de enfermar, tales como: un adecuado control y tratamiento de las tensiones y emociones negativas, un buen régimen de ejercicios, sueño y distracción; el control y la evitación del abuso de sustancias como la cafeína, nicotina y alcohol; una correcta distribución y aprovechamiento del tiempo, etc.

2.3.3. Dimensiones del estilo de vida. - el estilo de vida, en el marco socioeducativo, parte de la hipótesis de que el estilo de vida es una

construcción del individuo moldeada por la familia, la educación y la sociedad. Entre los modelos que explican las dimensiones del estilo de vida, el propuesto por Torre y Tejada (2007), está caracterizado por ser interactivo, comprensivo, dinámico espiral, adaptativo y sistémico. No se trata de dimensiones independientes sino interactivas, el predominio de una u otra repercute en el conjunto, tal como ocurre en muchas reacciones químicas, en las que la variación de un elemento, modifica las cualidades de otro, lo cual le otorga un sentido sistémico. La confluencia de las dimensiones de percibir, pensar, sentir, actuar, persistir y comunicar genera procesos creativos o destructivos, que se revierten hacia el interior y el exterior del individuo. El comportamiento se manifiesta producto de la interacción entre componentes genéticos, neurológicos, psicológicos, y el medio sociocultural, y educativo. Por lo tanto, la proyección operativa de estas preferencias en la forma de percibir, pensar, sentir, actuar, decidir, persistir e interactuar, es lo que Torre y Tejada (2007) llaman estilo de vida. El predominio de unos componentes y la escasa manifestación de otros conformarán uno u otro estilo. Estos ámbitos del ser humano, no son otros, sino que, las grandes dimensiones de la vida. La multidimensionalidad del estilo de vida según el modelo señalado, se recrea en lo perceptivo, cognitivo, sensorial, volitivo, estético, pragmático y comunicativo.

- La dimensión perceptiva y cognitiva permite organizar, relacionar la información y construir conceptos, esquemas y teorías.
- La dimensión sensorial tiene gran importancia en la vida del individuo y por consiguiente en los aprendizajes, permite captar a través del tamiz de los sentidos y teñir la experiencia de corporeidad.
- La dimensión volitiva, activa la mayor parte de mecanismos, no solo cognitivos sino de acción. Todo saber queda teñido de sentimiento. La dimensión volitiva, refleja el hábito, la constancia, el empeño y la persistencia.
- La dimensión estética está asociada a disfrute y gozo de vivir.
- La dimensión pragmática, es una forma de apropiarse y asimilar la realidad a través de la acción. La dimensión comunicativa y social, se

fundamenta en la relación con los otros (Torre y Tejada, 2007). La salud puede verse afectada por el estilo de vida y condiciones de vida. Estas dimensiones están estrechamente relacionadas con **la autoestima** de la persona que esta conceptualizado como un conjunto de creencias, opiniones y visiones sobre las capacidades y destrezas personales. Se construye a lo largo de la vida y es el resultado de la historia individual y colectiva. Autocuidado: habilidad para proteger la salud de sí mismo. Parte de hábitos, prácticas, creencias, actitudes y conocimientos que aprenden las personas y les permite la construcción de alternativas, motivaciones, acciones y toma de decisiones en pro de su bienestar. Empatía: capacidad de ponerse en el lugar del otro que permite comprender el estado emocional y sentir lo que la otra persona siente. Se reconocen los deseos, pensamientos, gustos y proyectos de vida y se tejen relaciones equitativas y de cooperación entre las personas. Comunicación asertiva: habilidad que permite manifestar abiertamente, con comodidad y libertad, pensamientos, sentimientos y emociones. Al aprender a comunicarse de manera asertiva las personas reconocen al otro como un interlocutor válido, merecedor de respeto; valoran y aceptan las diferencias; escuchan con atención sin emitir juicios de valor, y aprenden a ser más seguras de sí mismas. Inteligencia emocional: habilidad de reconocer, comprender y regular las emociones para promover el bienestar individual y colectivo, manejar de forma adecuada las relaciones con otras personas y hacer frente a las situaciones difíciles que se presentan a lo largo del curso de vida. Toma de decisiones: capacidad de elegir entre dos o más posibilidades y asumir una postura sobre esa decisión reconociendo que trae consigo consecuencias en el corto, mediano o largo plazo y requiere de compromiso y responsabilidad. Marco conceptual: modos, condiciones y estilos de vida saludables, Negociación pacífica de conflictos o diferencias: permite enfrentar desacuerdos de manera tranquila, posibilita que los consensos obtenidos satisfagan los intereses de todos y propicia la sana convivencia, las relaciones armoniosas, la participación democrática y la paz. Resiliencia: capacidad de superar las situaciones traumáticas y eventos negativos adaptándose de forma positiva a contextos difíciles o de riesgo. Para desarrollar esta capacidad las personas deben

tener en cuenta las propias fortalezas, sacar lo mejor de sí, centrarse en lo positivo y encontrar refugio en su red de apoyo. Pensamiento creativo: permite generar ideas nuevas, buscar posibilidades y analizar alternativas novedosas frente a situaciones complejas. Por medio de este pensamiento se pueden producir propuestas, establecer objetivos, evaluar prioridades y generar alternativas frente a los problemas de la vida cotidiana. Pensamiento crítico: habilidad que permite reflexionar, racionalizar e interpretar para crear nuevos conocimientos y pensamientos, afianzar la independencia y autonomía y fortalecer valores como el compromiso y la responsabilidad. Humor: capacidad para experimentar o estimular reacciones como la risa. Es una virtud que fomenta el bienestar, neutraliza las emociones negativas y permite el goce de la vida. Conciencia ambiental: es la identificación de los individuos con su entorno natural. Por medio de esta se pueden transformar los modos, hábitos, estilos de vida y de pensamiento para convivir con la naturaleza de forma armoniosa (31).

La dimensión **Familia – Amigos** juega un papel importante ya que históricamente la familia ha sido el contexto, por excelencia, responsable de la crianza, pero más que un tema de responsabilidad, es y ha sido el lugar privilegiado para formar el carácter, la personalidad y la autonomía de los hijos, así como el escenario propicio para el desarrollo de habilidades y destrezas para comunicar, interactuar y razonar. Para nadie es innegable que los adultos cuidadores desempeñan un papel esencial en la vida de la infancia, especialmente en los primeros años, no obstante, tampoco se puede negar que niños y niñas no reciben única y exclusivamente influencia de sus padres o cuidadores, ellos inclusive desde antes de nacer están influenciados por otros ambientes y actores de quienes aprenden. En este sentido, afirma Rich: “la educación no es algo que los padres hagan a los hijos, sino algo que padres e hijos hacen conjuntamente, lo anterior significa que los padres actúan, los hijos aprenden y viceversa; este ciclo que constantemente se repite al interior marca las formas de relación en el hogar, o dicho de otra forma: La dinámica familiar se puede interpretar como los encuentros entre las subjetividades, encuentros mediados por una serie de normas, reglas, límites, jerarquías y roles, entre otros, que regulan la

convivencia y permite que el funcionamiento de la vida familiar se desarrolle armónicamente. Para ello, es indispensable que cada integrante de la familia conozca e interiorice su rol dentro del núcleo familiar, lo que facilita en gran medida su adaptación a la dinámica interna de su grupo. (32).

La dimensión **Actividad Física** considerado como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía. Se ha observado que la inactividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial (6% de las muertes registradas en todo el mundo). Además, se estima que la inactividad física es la causa principal de aproximadamente un 21%-25% de los cánceres de mama y de colon, el 27% de los casos de diabetes y aproximadamente el 30% de la carga de cardiopatía isquémica. Un nivel adecuado de actividad física regular en los adultos:

- reduce el riesgo de hipertensión, cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular, diabetes, cáncer de mama y de colon, depresión y caídas;
- mejora la salud ósea y funcional, y es un determinante clave del gasto energético, y es por tanto fundamental para el equilibrio calórico y el control del peso.

La "actividad física" no debe confundirse con el "ejercicio". Este es una variedad de actividad física planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un objetivo relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física. La actividad física abarca el ejercicio, pero también otras actividades que entrañan movimiento corporal y se realizan como parte de los momentos de juego, del trabajo, de formas de transporte activas, de las tareas domésticas y de actividades recreativas.

Aumentar el nivel de actividad física es una necesidad social, no solo individual. Por lo tanto, exige una perspectiva poblacional, multisectorial, multidisciplinaria, y culturalmente idónea. (33).

La dimensión **Nutrición y Alimentación** es uno de los principales determinantes de la salud humana, podemos decir que la nutrición también es un pilar fundamental en la prevención primaria y secundaria

en el proceso de salud enfermedad...Entendemos por alimento a todos aquellos productos que son consumidos por el hombre como fuente de nutrición, de vitaminas, minerales y otros elementos nutritivos que le otorgan energía y sacian sus necesidades de comer. Dentro del concepto de alimentos pueden entrar un sinnúmero de elementos y productos más o menos complejos que varían de acuerdo al tipo de sociedad en el que nos encontremos y que determinan también la calidad de vida de una sociedad o región. Así, por ejemplo, mientras que las sociedades occidentales suelen tener una variedad más amplia de alimentos por poseer tanto materias primas como alimentos industriales, también es verdad que la salud de estas poblaciones se suele ver afectada por el constante uso de elementos artificiales y conservantes. Usualmente, los alimentos se clasifican en diferentes grupos de acuerdo a sus propiedades. Por un lado, tenemos a los alimentos más naturales y aquellos que se encuentran en la naturaleza con nulo o escaso trabajo del ser humano: los vegetales y las frutas. Por otro lado, tenemos los cereales y granos que requieren un mayor tiempo de crecimiento y obtención. Luego, debemos agregar los alimentos provenientes de los animales como las carnes, los lácteos, los huevos y las grasas.

La digestión es el proceso de transformación de los alimentos, previamente ingeridos, en sustancias más sencillas para ser absorbidos, ya que en términos generales la mucosa gastrointestinal no puede hacerlo cuando los alimentos están en su forma natural. El alimento se emplea para generar y reparar tejidos y para la obtención de energía. La digestión se lleva a cabo en el aparato digestivo o tracto gastrointestinal. El aparato digestivo, como un todo es un tubo con un solo sentido, con órganos accesorios como el hígado, la vesícula biliar y el páncreas, que asisten en el proceso químico involucrado en la digestión. La digestión se divide en dos etapas; la digestión mecánica (masticación) y la división química (enzimas que degradan el alimento en sus compuestos más simples) ambos inician en la cavidad oral. La masticación corta, muele y tritura la comida sólida, facilitando la deglución y exponiendo una mayor superficie del alimento a las enzimas digestivas La digestión comienza en la boca donde los alimentos se mastican y se mezclan

con la saliva que contiene enzimas que inician el proceso químico de la digestión, entre ellas la enzima digestiva llamada amilasa salival que comienza a hidrolizar los polisacáridos complejos.

La comida es comprimida y dirigida desde la boca hacia el esófago mediante la deglución, y del esófago al estómago, donde los alimentos son mezclados con ácido clorhídrico que desnaturaliza a las proteínas. Debido a los cambios de acidez (pH) en los distintos tramos del tubo digestivo, se activan o inactivan diferentes enzimas que descomponen los alimentos. El pepsinógeno interactúa con el HCL, éste último convierte al pepsinógeno en pepsina, la pepsina a su vez activa más pepsinógeno comenzando una reacción en cadena. La pepsina inicia la digestión química de las proteínas. Separa las cadenas polipeptídicas en polipéptidos más pequeños. Esta acción prepara las proteínas para su digestión posterior, la cual ocurre en el intestino delgado. El alimento, antes bolo alimenticio ahora se denomina quimo. En el intestino delgado, debido a la bilis secretada por el hígado, se favorece la emulsión de las grasas y gracias a las lipasas de la secreción pancreática se produce su degradación a ácidos grasos y glicerol. Además, en el intestino delgado se secretan las enzimas tripsina y quimotripsina que rompen los polipéptidos de cadena corta que resultaron de la digestión por la pepsina. El alimento se absorbe en las microvellosidades del intestino delgado. Cada microvellosidad contiene diminutos capilares sanguíneos y un pequeño vaso linfático. Los nutrientes pasan primero a través del epitelio intestinal y después por las delgadas paredes del vaso linfático o capilares (34).

La dimensión **Sueño** considerado como una actividad inherente a la naturaleza humana. Diversos condicionantes contribuyen a que existan diferencias significativas en los patrones de sueño como el clima, las tradiciones y la disponibilidad de luz.

Los problemas del sueño son una preocupación creciente para la salud pública mundial debido a que la falta de sueño se asocia con daños en la motivación, la emoción y el funcionamiento cognitivo, y con un mayor riesgo de enfermedades graves (por ejemplo, diabetes, enfermedades cardiovasculares, cáncer...). El concepto de higiene del sueño como una

necesidad para alcanzar un sueño saludable que comporte una mejor calidad de vida ha planteado algunas preguntas interesantes, desde conceptos cuantitativos como cuántas horas hay que dormir, hasta todas aquellas cuestiones cualitativas que ayudan a conseguir un mejor descanso, como la importancia de los horarios, el entorno ambiental, la alimentación y el deporte. Se sabe que cada componente individual de la higiene del sueño se relaciona con conseguir dormir mejor. Por otro lado, existe una preocupación creciente en la salud pública sobre la importancia del sueño que se ha incrementado por la demanda social de conseguir estrategias encaminadas a mejorar la calidad de sueño en la población. Sin embargo, no existe un consenso estandarizado de cómo deben aplicarse dichas estrategias

La higiene del sueño se define como un conjunto de comportamientos y recomendaciones ambientales destinadas a promover el sueño saludable, desarrollada originalmente para su uso en el tratamiento del insomnio leve a moderado. Mediante la higiene del sueño, los pacientes aprenden sobre hábitos de sueño saludables y se les anima a seguir una serie de recomendaciones para mejorar el sueño (por ejemplo, evitar la cafeína, hacer ejercicio regularmente, eliminar el ruido del ambiente para dormir y mantener un horario regular de sueño). Aunque la relación entre los componentes individuales de higiene del sueño y la calidad de sueño conseguida parece clara, no existen datos estadísticos concluyentes a tal efecto. En su conjunto podemos decir que la educación de higiene del sueño en monoterapia sería insuficiente para el tratamiento del insomnio y sería necesario acompañarla de estrategias cognitivo-conductuales. Así, el interés de la higiene del sueño se mueve en considerar su potencial utilidad en el ámbito de la salud pública. (35).

La dimensión: **estrés**: Las funciones del organismo transcurren normalmente de forma ordenada y controlada dentro de un sistema más o menos estable que Claude Bernard definió como medio interno y que posibilita la vida libre e independiente del medio exterior. Walter Cannon introdujo en 1929 el término “homeostasis”, definido como el conjunto de mecanismos encaminados a mantener el medio interno estable, en contra de los estímulos

ambientales que tienden a desestabilizarlo. Si se producen situaciones que hacen peligrar la existencia del individuo, éste se puede oponer a ellas mediante la lucha con el agresor o la huida del mismo. Esta respuesta de “lucha o huida” requiere la puesta en marcha de mecanismos homeostáticos, entre los que Cannon destacó los mediados por el sistema nervioso autónomo y la médula suprarrenal. Después, en 1936, Hans Selye describió el “síndrome general de adaptación” o conjunto de cambios orgánicos que entran en juego en respuesta a una gran variedad de estímulos nocivos. En dicha respuesta incluyó: hipertrofia de las glándulas suprarrenales, involución del timo, atrofia de los órganos linfoides y úlceras gastrointestinales. Selye atribuyó un papel predominante en el estrés a los glucocorticoides secretados por la corteza suprarrenal.

La palabra “estrés” se utiliza para indicar la respuesta del organismo, en tanto que al estímulo o agente nocivo se le llama “estresor” o “estresante”. Una situación estresante no tiene que ser necesariamente ingrata, puede tratarse también de una alegría o un goce intenso. Tampoco debe pensarse que el estrés siempre produce daño; una actividad relativamente normal como un partido de fútbol puede producir un estrés considerable sin causar efectos deletéreos. Según Selye la ausencia completa de estrés supone la muerte. (36).

La dimensión **Introspección o auto-análisis** es un requisito indispensable para nuestro desarrollo interior. Sólo así puedes eliminar tus defectos y crecer rápidamente. Conócete a ti mismo. Un jardinero cuida las plantas jóvenes con mucho esmero, quita las malas hierbas todos los días, pone una fuerte valla a su alrededor y las riega en el momento adecuado. Sólo entonces crecen bien y dan sus frutos rápidamente. De forma similar debemos conocer nuestros defectos a través de la introspección o auto-análisis diario para erradicarlos con los métodos apropiados. Si un método falla adopta un método combinado. Si la meditación no funciona, recurre al pranayama (control de la energía), regulación dietética, investigación, asociación directa con un sabio, etc. Debes destruir no sólo las grandes olas de la soberbia, la hipocresía, la lujuria, la ira, etc., que se manifiestan en la

superficie de la mente consciente, sino también sus impresiones sutiles que se esconde en los rincones de la mente subconsciente. Solo entonces estarás perfectamente seguro. (37)

3.3.4. principales enfermedades de los estilos de vida no saludables

3.3.4.1. Obesidad. - El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2).

En el caso de los adultos, la OMS define el sobrepeso y la obesidad como se indica a continuación:

- sobrepeso: IMC igual o superior a 25.
- obesidad: IMC igual o superior a 30.

En la "Estrategia Mundial OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud", adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en 2004, se describen las medidas necesarias para respaldar las dietas sanas y la actividad física periódica. En la Estrategia se exhorta a todas las partes interesadas a que adopten medidas a nivel mundial, regional y local para mejorar las dietas y los hábitos de actividad física en la población. (38)

3.3.4.2. Hipertensión Arterial. - La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre circulante contra las paredes de las arterias, que son grandes vasos por los que circula la sangre en el organismo. Cuando esta es demasiado elevada, se considera hipertensión. La tensión arterial se expresa mediante dos cifras: la primera (tensión sistólica) representa la presión que ejerce la sangre sobre los vasos cuando el corazón se contrae o late, mientras que la segunda (tensión diastólica) representa la presión ejercida sobre los vasos cuando el corazón se relaja entre un latido y otro. Para establecer el diagnóstico de hipertensión, se han de tomar mediciones

dos días distintos y en ambas lecturas la tensión sistólica ha de ser superior o igual a 140 mmHg y la diastólica superior o igual a 90 mmHg. (39)

3.3.4.3. Diabetes Mellitus. - es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos. En 2014, un 8,5% de los adultos (mayores de 18 años) tenían diabetes. En 2016 la diabetes fue la causa directa de 1,6 millones de muertes y en 2012 la hiperglucemia provocó otros 2,2 millones de muertes. Entre 2000 y 2016, se ha registrado un incremento del 5% en la mortalidad prematura por diabetes. En los países de ingresos altos la tasa de mortalidad prematura debida a la diabetes descendió entre 2000 y 2010, para volver a incrementarse entre 2010 y 2016. En los países de ingresos medianos bajos, la tasa de mortalidad debida a la diabetes se incrementó en los dos periodos.(40)

3.3.3.4. Dislipidemia. - considerada como un factor de riesgo modificable de enfermedad coronaria y se define como la alteración de una o más lipoproteínas en sangre que conduce al aumento del colesterol total (CT), de triglicéridos (TG), al aumento de lipoproteínas de baja densidad (LDL-C) y a la disminución de las lipoproteínas de alta densidad (HDL-C)⁵. La dislipidemia es un factor de riesgo aterogénico con un efecto pronóstico que depende de la edad: cuanto más joven sea la persona, mayor será el impacto negativo sobre la esperanza de vida. Los trabajadores de la salud constituyen una parte considerable del Sistema de Salud. Se requiere información sobre la situación de salud de este grupo laboral para proponer e implementar intervenciones preventivas para disminuir el exceso de peso y la dislipidemia, y así contribuir en la reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares. (41).

3.3.5. Programa de reforma de vida

El “Programa Nacional de Reforma de Vida”, es una estrategia del Seguro Social de Salud, dirigido principalmente al trabajador activo de las Entidades Empleadoras, con el objetivo de disminuir los factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles, a través de un diagnóstico precoz y oportuno de Síndrome Metabólico Pre mórbido. La intervención está enfocada en un nuevo paradigma de intervención, ya que se realiza en el propio campo de labores de los trabajadores. El Programa está orientado a cuidar la salud y no sólo a recuperarlos de la enfermedad, es por ello que la prioridad en la intervención es el empoderamiento en los estilos de vida saludable. Es así, que la Institución aborda como estrategia global la intervención del SMP, a fin de controlar tempranamente los problemas de salud mencionados. El abordar tempranamente el SMP, permitirá brindar un abordaje integral al paciente, a su familia y a su entorno, logrando disminuir la carga de enfermedad de las enfermedades crónicas no transmisibles, además de prevenir las discapacidades y la disminución de la fuerza laboral (42)

El Programa Reforma de Vida se basa en tres pilares fundamentales denominados:

3.3.5.1. Alimentación Terrestre: Alimentación Saludable e Higiene

Siguiendo la sentencia de Hipócrates “que tu alimento sea tu medicamento, y que tu medicamento sea tu alimento”, la Medicina Natural concede a la dieta una importancia central, y muchos médicos naturistas y neurópatas, basan su arte y ciencia de curar principalmente en la prescripción del alimento como medicina, en las propiedades curativas inespecíficas y específicas que ejercen los alimentos, sobre el terreno enfermo. Son los cultores de la trofoterapia, seguidores del padre de la Medicina Hipócrates de Coz. (43)

3.3.5.2. Alimentación Celeste: Ambiente Saludable, Respiración Adecuada, Actividad Psicofísica constante. -Ambiente

Saludable. El entorno es muy importante para el desarrollo individual y grupal tanto en el seno familiar, laboral, social o ambiental. Creemos un ambiente saludable sin humo de cigarrillos, sin drogadicción, con espacios públicos sin ruidos, sin violencia; con áreas verdes, con transporte ecológico y tecnologías limpias; con ambientes adecuados de trabajo. Respiración Adecuada. - Una buena respiración produce una mejor oxigenación y mejora el estado de ánimo. Es nuestro acto involuntario, vital e imprescindible. A través de la respiración el organismo está expuesto a factores medio-ambientales negativos como la mala ventilación de los ambientes, humo de cigarrillo, polución, humo que emiten los carros, polvo, hongos y ácaros. El estrés, la angustia, la falta de ejercicio, fajas y posturas inadecuadas dificultan una adecuada ventilación. Estos estilos inadecuados pueden ser reemplazados por estilos saludables. La respiración completa mejora el estado psicológico, físico y espiritual. Actividad Psicofísica. - Se define como cualquier movimiento corporal, realizado por los músculos y que provoca un gasto de energía, ejemplos: el caminar, el subir y bajar gradas, el levantar objetos, realizar actividades del hogar.

3.3.5.3. Alimentación Humana: Autoestima, Cultivo de los Valores, del Afecto y de las Buenas Relaciones Humanas.

- El ser humano se nutre también de acciones y sentimientos positivos como el amor, alegría, abrazos, afecto, besos, caricias, risas y sonrisas. Estos permiten mejorar el estado de ánimo y autoestima, mejoran nuestro proyecto de vida y desarrollo personal. Una introspección (mirar al interior de sí mismo) nos permite superar o evitar aspectos y sentimientos negativos fortaleciendo los positivos llegando a ser el amigo de uno mismo.

3.3.6. Enfoque de educación para adultos basada en video (VSI). - el componente teórico de las sesiones educativas del programa de reforma de vida, está elaborado con la metodología educativa de Instrucción Suplementaria Basada en Video (VSI), diseñada para el aprendizaje de personas adultas o andragogía. Que se fundamental en el enfoque de la educación de adultos Diversas fuentes psicológicas, filosóficas y sociológicas expresan y reconocen la existencia de diferencias entre el aprendizaje del adulto y el de otros grupos de participantes. Autores como Kidd, Titmus; Dave, Faure, Freire, Lowe, León, Maslow, Bromley o Knowles, muestran a través de sus trabajos, el acuerdo en que estas diferencias tienen suficiente importancia, tanto en lo físico, lo psíquico o lo social, como para requerir de una enseñanza distinta, o al menos diferente, que tenga en cuenta estas características diferenciales. La literatura nos señala algunas de esas diferencias entre el participante adulto y el participante joven ante el aprendizaje: El adulto es un ser en situación, no en expectativa, sea cual sea su nivel de estudios es responsable de un proyecto de vida en el presente. o Para las personas adultas el aprendizaje supone una actividad secundaria, pero paralela a otras actividades relacionadas con su vida familiar, profesional o social. Asisten de forma voluntaria a cursos y estudios. Sus capacidades y actitudes para aprender están más relacionadas con el ejercicio y la práctica que con la edad. Son personas acostumbradas a asumir las responsabilidades de sus acciones y cuentan con una valiosa experiencia previa que se convierte en enriquecedora del proceso de aprendizaje. Como adultos, viven en un período de cambio marcado por etapas en las cuales, se experimentan transformaciones relacionadas con aspectos como el rol social, el auto concepto, la educación o la motivación. La educación de adultos de un perfil determinado y la heterogeneidad de la etapa adulta, tanto por la amplitud de las edades que abarca, como por la diversidad de experiencias, necesidades personales o situación, genera un proceso formativo muy diferente al de otras etapas, por lo que es necesario que la educación de adultos este dado por educadores que desarrollen estrategias y metodologías apropiadas y adaptadas a programas educativos concretos.

El enfoque problematizado en la capacitación La capacitación del adulto deberá basarse en la pedagogía problematizada, donde participen activamente y compartan experiencias, se promueva la discusión de diversos temas relacionados con el objetivo de los contenidos, permitiendo que los adultos participantes discutan sus propias experiencias y en el intercambio incorporen mejor los conocimientos. La pedagogía de la problematización parte de la base que, en un mundo de rápidas transformaciones, lo importante no son los conocimientos o ideas, tampoco los comportamientos adecuados y predecibles, sino el aumento de la capacidad del participante y agente de la transformación social para detectar los problemas reales y buscar para ellos soluciones originales y creativas. El aprendizaje significativo:

El constructivismo. El aprendizaje significativo se basa epistemológicamente en el constructivismo que afirma que "el conocimiento no parte ni del sujeto ni del objeto, sino de la interacción indisoluble entre ellos", es decir la construcción del objeto de conocimiento y de una interiorización reflexiva la de la construcción del sujeto cognoscente. El participante viene con una serie de conceptos, -concepciones, representaciones y conocimientos, adquiridos en el transcurso de sus experiencias previas, que utiliza como instrumento de lectura e interpretación y que determinan qué informaciones seleccionará, cómo las organizará y qué tipos de relaciones establecerá entre ellas. Si el participante consigue establecer relaciones sustantivas y no arbitrarias entre el nuevo material de aprendizaje y sus conocimientos previos, es decir, si lo integra en su estructura cognoscitiva, será capaz de atribuirle significados, de construirse una representación o modelo mental del mismo y, en consecuencia, habrá llevado a cabo un aprendizaje significativo. La enseñanza está totalmente mediatizada por la actividad mental constructiva del participante. El estudiante no es sólo activo cuando manipula, explora, descubre o inventa, sino también cuando lee o escucha las explicaciones del facilitador. La importancia prestada a la actividad del estudiante no debe interpretarse en el sentido de un acto de descubrimiento o de invención sino en el sentido de que es él quien aprende y, si él no lo hace, nadie, ni siquiera el docente, puede hacerlo en su lugar. En la selección y organización de la información y en el establecimiento

de las relaciones hay un elemento que ocupa un lugar privilegiado: el conocimiento previo pertinente que posee el estudiante en el momento de iniciar el aprendizaje. Aprender un contenido implica atribuirle un significado, construir una representación o un "modelo mental" del mismo. La construcción del conocimiento supone un proceso de "elaboración", en el sentido que el estudiante selecciona y organiza las informaciones que le llegan por diferentes medios, el docente entre otros, estableciendo relaciones entre los mismos.

La Instrucción Suplementaria Basada en Video (VSI) fue desarrollada en la Universidad de Missouri Kansas City por la Dra. Deanna Martin y el Dr. Robert Blanc. Actualmente se usa con gran éxito en los cursos de pregrado de diversos centros universitarios de Estados Unidos y Europa. El facilitador si bien es cierto debe conocer el tema, no necesariamente debe ser un experto en el tema, sino más bien un experto en el manejo de grupos que tiene un conocimiento claro y objetivo del contenido del programa educativo, pero que el interés principal es que los participantes discutan y saquen sus propias conclusiones. Las sesiones de VSI permiten a los participantes tener la oportunidad de interactuar mientras construyen el conocimiento, proveen una oportunidad para que los participantes se junten con otros compañeros para comparar apuntes, discutir conceptos importantes, y para desarrollar estrategias para aprender el tema. El aprendizaje colaborativo promueve el pensamiento crítico mediante la discusión, clarificando ideas, y evaluando las ideas de los demás. Reta a romper el ciclo de dependencia que se trae como producto de la educación clásica ("clases magistrales"). Otros beneficios que tiene la metodología VSI son: adquirir habilidades para aprender a corto/largo plazo, la capacidad de colaborar en grupo, mejorar las habilidades de comunicación y desarrollar habilidades de liderazgo, entre otras. La metodología VSI brindará la motivación necesaria, adicionalmente, permite disponer de un material de fácil reproducción, de fácil acceso, por lo tanto, siempre disponible para capacitar al trabajador que lo requiera. Por lo antes expuesto, la metodología VSI brindará la oportunidad de mejorar los conocimientos y las habilidades personales, así como la motivación para implementar estilos de vida saludables en la vida cotidiana de los

participantes. Se sabe que la atención prestada a una clase teórica en video suele durar en promedio siete minutos, por lo tanto se debe optimizar el tiempo brindando un conocimiento puntual para cada sesión, buscando la interacción de su conocimiento con el de otros participantes y en forma simultánea prepararlos para la siguiente sesión de aprendizaje basada en video. La posibilidad de éxito de ésta metodología, con relación a otras, se sustenta en la capacidad de utilizar estrategias educativas ampliamente conocidas, pero asumiendo las consideraciones establecidas por la andragogía. (44)

CAPÍTULO III

IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA REFORMA DE VIDA PARA MEJORAR LOS ESTILOS DE VIDA DE LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL RAMIRO PRIALE PRIALE - ESSALUD - HUANCAYO, 2022

3.1. JUSTIFICACIÓN:

“Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades” es el Objetivo 3 Del plan de desarrollo sostenible (ODS) para el 2030, de la organización Mundial de la Salud, teniendo en cuenta esta premisa, considero importante que se tomen medidas urgentes y organizadas a fin de preservar la salud física y mental de las enfermeras, consideradas a nivel mundial por la OMS, La OPS, etc. Y muchas otras organizaciones, como la principal fuerza laboral en el área de Salud, asimismo podemos afirmar que existe muchos trabajos de investigación que nos demuestran que la salud y los estilos de vida de las enfermeras no es la más adecuada ya que por la naturaleza de nuestro trabajo nos enfrentamos a factores que deterioran nuestra salud, como son: estresores que diariamente enfrentamos, largas jornadas de trabajo, actuación en medio del dolor, pérdida y sufrimiento, trabajo nocturno, condiciones inherentes a esta profesión que crean condiciones de salud no adecuadas para las enfermeras. La salud de los profesionales de enfermería, debe recibir cuidado adecuado, y brindarle herramientas para fortalecer el autocuidado, parámetros que utiliza el programa reforma de vida de la unidad de medicina complementaria de Es salud, programa que se encuentra ya sistematizado en módulos educativos para adultos, y como resultado a largo plazo estaríamos contribuyendo en mejorar la calidad de vida de las enfermeras que participan de este programa y por ende se verá reflejado de modo positivo en el cuidado del paciente.

Asimismo, encontramos muchos trabajos de investigación que se han mencionado en el marco teórico, que demuestran sobre el deterioro de la salud de las enfermeras, y no hay programas ni estrategias establecidas por el ministerio de Salud ni el ministerio de trabajo que reflejen una preocupación sobre este problema.

3.2. OBJETIVO GENERAL:

Contribuir a modificar estilos de vida de las enfermeras del hospital Ramiro Priale Priale de Essalud Huancayo, para mejorar la calidad de vida y evitar enfermedades prevenibles.

3.3. OBEJTIVOS ESPECIFICOS

3.3.1. Contribuir con el fortalecimiento de las capacidades de autocuidado de las enfermeras del hospital Ramiro Pariale Priale del Hospital Essalud Huancayo

3.3.2. hacer uso de las herramientas y estrategias que fomenta el programa reforma de a través de actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades no transmisibles y transmisibles

3.3.3. fomentar actitudes de estilos de vida saludable del programa reforma de vida utilizando sesiones educativas y talleres

3.3.4. fomentar la reforma de estilos de vida en la población basado en tres pilares fundamentales:

- a) alimentación celeste (medio ambiente saludable, adecuada práctica de respiración y actividad psicofísica constante).
- b) alimentación humana terrestre (alimentación saludable e higiene)
- c) alimentación terrestre humana (desarrollo humano, cultivo del afecto y las relaciones humanas).

3.3.5. reducir los factores de riesgo más frecuentes en las enfermeras como: la obesidad, el sedentarismo y el estrés, por ende, las tasas de morbi-mortalidad.

3.3.6 lograr hábitos adecuados de alimentación, actividad física, actitud positiva frente a problemas cotidianos, el cultivo de valores y sentimientos positivos como el amor, la paz, la alegría, la tolerancia, entre otros.

3.3. METAS

3.3.1. Lograr efectivizar el 100 % de sesiones educativas programadas

3.3.2. lograr la participación del 25 % de enfermeras del hospital Ramiro Priale Priale de Essalud Huancayo. en la implementación del programa reforma de vida.

3.4. PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR	META	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
Reunión con el director del hospital ramiro priale priale de salud Huancayo y el departamento de enfermería para Presentación del plan de intervención.	Acta de reunión	Director y departamento de enfermería sensibilizado para la implementación del plan de intervención propuesto	Director y jefaturas de enfermería aceptan apoyar la implementación del plan de intervención	20 de marzo del 2022	Lic. Jenny romero león Lic. Responsable del programa de reforma de vida de la unidad de medicina complementaria de la red asistencial Junín.
Reunión con la unidad de salud ocupacional	Acta de reunión	Equipo de salud ocupacional sensibilizado para la implementación del plan de	Equipo de salud ocupacional, acepta apoyar con la logística para la implementación	22 de marzo del 2022	Lic. Jenny romero león Lic. Responsable del programa de reforma de vida de la unidad de medicina

		intervención propuesto	del plan de intervención		complementaria de la red asistencial Junín
Inscripción de participantes del programa de reforma de vida	Ficha de registro de inscripción	Enfermeras concientizadas para su participación en el programa reforma de vida	25 enfermeras inscritas	Del 25 al 30 de marzo del 2022	Lic. De Enfermería de la unidad de Salud Ocupacional
Aplicación de la encuesta	Test fantástico	Enfermeras desarrollan el test fantástico	25 enfermeras encuestadas	2 de abril del 2022	Lic. De Enfermería de la unidad de Salud Ocupacional
Aplicación del programa reforma de vida	Ficha de registro de asistencia	Sesiones educativas y talleres audiovisuales	25 enfermeras asistentes	De abril a setiembre del 2022	Enfermera Psicóloga Nutricionista Fisioterapeuta Del programa de reforma de vida de la unidad de medicina

					complementaria de la red asistencial junin.
Aplicación de la encuesta	Test fantástico	Enfermeras desarrollan el test fantástico	25 enfermeras encuestadas	2 de abril del 2022	Lic. De Enfermería de la unidad de Salud Ocupacional
Presentación de resultados de la intervención a los directivos del hospital ramiro priale priale de essalud Huancayo	Acta de reunión	Autoridades del Hospital Ramiro Priale Priale de EsSalud Huancayo informados sobre resultados de la intervención.	Directivos informados de los resultados de la ejecución del plan de intervención. 25 enfermeras informadas de los resultados obtenidos	30 de abril del 2022	Lic. Jenny Romero León. Responsable del plan de intervención

3.5 RECURSOS:

3.5.1 MATERIALES

- ✓ Equipo de computo
- ✓ Equipo retroproyector
- ✓ Televisor grande
- ✓ Mesa de trabajo
- ✓ Auditorio con iluminación y ventilación
- ✓ 25 Sillas
- ✓ Insumos para la preparación de alimentación saludable
- ✓ Utensilios básicos para la preparación de alimentación saludable
- ✓ 25 colchonetas
- ✓ Equipo para reproducción de música.

3.5.2. HUMANOS

- ✓ Lic. Enfermería
- ✓ Psicólogo
- ✓ Nutricionista
- ✓ Fisioterapeuta

Todos del equipo de la unidad de medicina complementaria de la red asistencial Junín y Equipo multidisciplinario de la unidad de salud ocupacional.

3.6. EJECUCIÓN

presentación de los 12 talleres y sesiones educativas

SESIONES	DESARROLLO DEL TEMA	TALLERES PRÁCTICOS
Sesión 1	Conociendo mi realidad	Pausa Saludable en el trabajo
Sesión 2	Proyecto de Vida	Respiración Saludable
Sesión 3	Alimentación Saludable I	Ejercicios anti estrés: técnica relajación
Sesión 4	Identidad autoestima y	Ejercicios anti estrés: Gimnasia Psicofísica
Sesión 5	Alimentación Saludable II	Tai Chi I
Sesión 6	Actividad Física y Ejercicio	Tai Chi II
Sesión 7	Descanso, tiempo libre y aire puro	Baile
Sesión 8	Valores y Familia	Respiración Saludable

Sesión 9	Espiritualidad y Salud	Ejercicios anti estrés: Gimnasia Psicofísica
Sesión 10	Relacionamiento interpersonal	Pausa Saludable en el trabajo
Sesión 11	Manejo adecuado del Estrés	Baile
Sesión 12	Integración y Redes de Apoyo para mantener o mejorar la Salud	Re demostración de Tai Chi, Gimnasia Psicofísica

3.7 EVALUACIÓN

Se realizará la evaluación en forma progresiva según se va ejecutando el plan de intervención, en reuniones de trabajo con el equipo multidisciplinario, una vez por mes, para tratar de resolver los inconvenientes que se presenten, tratando de buscar estrategias de solución a los problemas que se nos presenten.

CONCLUSIONES

1. El presente plan de intervención estará liderado por el personal de enfermería responsable del programa reforma de vida de la unidad de medicina complementaria de la red asistencial Junín, que ya cuenta con experiencia en la aplicación del programa reforma de vida en las empresas intervenidas enmarcadas en actividades y estrategias exclusivas de la promoción de la salud.
2. El Programa Reforma de Vida se basa en tres pilares fundamentales denominados: Alimentación Terrestre, Alimentación Humana y Alimentación Celeste, enfocados en a una alimentación saludable, la relación entre los seres humanos y con la naturaleza, respectivamente. Las que se aplican con talleres audiovisuales y participativos.
3. Estas estrategias nos permiten eliminar factores de riesgo y vivir saludablemente, y conducirán a las enfermeras del hospital ramiro priale priale de esallud Huancayo mejorando su Calidad de Vida. Promoviendo Un entorno laboral más saludable e involucrando a todos los actores del equipo multidisciplinario que participa.
4. El presente plan de intervención cuenta con instrumentos que quedaran con una base de datos para la elaboración de futuras investigaciones en temas de calidad de vida, estilos de vida saludable y promoción de la salud.
5. La difusión y la concientización de los actores de este plan será clave para el éxito de su aplicación.

RECOMENDACIONES

1. Fortalecer las competencias de los profesionales de la salud para la realización de actividades del programa reforma de vida. con un programa motivación.
2. Tener un archivo que garantice el resguardo de los datos de la aplicación del test fantástico en forma física y virtual. Asi como los videos grabados de mlos talleres vivenciales.
3. Hacer un seguimiento a las 25 enfermeras participantes a fin de retroalimentar y promover las actitudes de estilos de vida saludable aprendidos durante la ejecución del programa reforma de vida. Instandolas a participar de los talleres de taichi y talleres vivenciales de preparacion de platos saludables de la unidad de medicina complementaria.
4. Promover más actividades de promoción de la salud en los profesionales de la salud que incluyen; médicos, Enfermeras, técnicos de enfermería, tecnólogos médicos, etc.
5. Involucrar formalmente a los equipos multidisciplinarios que participan en este plan de intervención atravez de una resolución gerencial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud [Internet]. Ottawa; 1986. I Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Disponible en:
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>.
2. Gerencia Central de Prestaciones de Salud, Gerencia de Medicina Complementaria. Análisis del Programa de Reforma de Vida según reportes operacionales por redes asistenciales al primer semestre 2015. Lima; 2015.
http://www.essalud.gob.pe/downloads/gcps/programa_de_reforma_de_vida/Estadisticas/INFORME_DE_PRODUCCION_ANUAL_DE_REFORMA_DE_VIDA_2015.pdf
3. Villar López M, Ballinas Sueldo Y, Gutiérrez C, Angulo-Bazán Y. Análisis de la confiabilidad del test Fantástico para medir Estilos de vida saludables en trabajadores evaluados por el Programa “Reforma de Vida” del Seguro Social de Salud (Essalud). Revista Peruana de Medicina Integrativa.2016;1(2):17-26. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/306031784_ANALISIS_DE_LA_CONFIABILIDAD_DEL_TEST_FANTASTICO_PARA_MEDIR_ESTILOS_DE_VIDA_SALUDABLES_EN TRABAJADORES EVALUADOS POR EL PROGRAMA REFORMA DE VIDA DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD ESSALUD
4. Orejon Ochoa A. Investigacion: de un instrumento para medir el estilo de vida de los estudiantes de medicina humana de la universidad ricardi palma en el año 2017. Lima Peru.
https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/2116/T030_43478877_T%20Orej%C3%B3n%20Ochoa%20Daniel%20Alcides.pdf?sequence=1&isAllowed=yvalidacion

5. Organización Mundial de la Salud. WHO | Health promotion [Internet]. WHO. World Health Organization; 2013 Disponible en : http://www.who.int/topics/health_promotion/en.
6. Organización Mundial de la Salud. WHO | Health promotion [Internet]. WHO. World Health Organization; 2013 Disponible en: http://www.who.int/topics/health_promotion/en.
7. Comunicado de prensa de la OMS, de fecha 7 de abril del 2020 en Ginebra, disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/07-04-2020-who-and-partners-call-for-urgent-investment-in-nurses>
8. Gerencia Central de Prestaciones de Salud. Oficina de Apoyo Prestacional. Medicina Complementaria. Lima – Perú. 2007. *MANUAL DE REFORMA DE VIDA*. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/downloads/M001%20-%20Manual%20de%20Reforma%20de%20Vida.pdf>
9. Organización Panamericana de la Salud “Enfermedades no transmisibles en las Américas: construyamos un futuro más saludable” Washington, D.C.: OPS, © 2011 ISBN 978 92 75 33243 6
https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=reportes-4432&alias=14833-ops-enfermedades-no-transmisibles-americas-construyamos-un-futuro-mas-saludable-2011-833&Itemid=270&lang=es
10. MINSA/GDPS-V-01: Directiva sanitaria nro. 073: Promoción de la Actividad física en el personal de los establecimientos de salud. Lima Perú 2006.
http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/852_MINSA945.pdf
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3299.pdf>
11. Informe de producción Anual del programa “Reforma de vida “ EsSalud disponible
http://www.essalud.gob.pe/downloads/gcps/programa_de_reforma_de_vida/Estadisticas/INFORME_DE_PRODUCION_ANUAL_DE_REFORMA_DE_VIDA_2015.pdf
12. MONTEIRO María Inés (Brasil 2017) en su investigación Problemas de salud entre profesionales de enfermería y factores relacionados revista

- electrónica trimestral de enfermería, enfermería Global. Julio 2018, Brasil, pág. 436 ISSN 1695-6141, disponible en:
<http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n51/1695-6141-eg-17-51-435.pdf>
13. Leon-Reyna P, Lora--Loza M, Rodriguez-Vega J Relación entre estilo de vida y estrés laboral en el personal de enfermería en tiempos de COVID-19. Revista Cubana de Enfermería [Internet]. 2021 [citado 16 Feb 2022]; 37 (1) Disponible en:
<http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/4043>
14. Granero A, Blanch JM, Ochoa P. Labor conditions and the meanings of nursing work in Barcelona. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018;26:e2947.
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/PcYykcWJPjrfPyzmYMwm56d/?format=pdf&lang=es>
15. Morales M, Gómez M. V, García R. C, Chaparro-Díaz L, Carreño-Moreno S. Estilo de vida saludable en estudiantes de enfermería del Estado de México. Rev. Colomb. Enferm. [Internet]. 20 de septiembre de 2018 [citado 16 de febrero de 2022]; 16:14-2. Disponible en:
<https://revistacolombianadeenfermeria.unbosque.edu.co/index.php/RCE/article/view/2300>.
16. Aldrete RMG, Navarro MC, González BR, et al. Estrés y salud en personal de enfermería de una unidad de tercer nivel de atención. Revista Cubana de Salud y Trabajo. 2017;18(1):35-43.
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=70556>
17. Delgado Olave RR. Efectividad del programa reforma de vida en los estilos de vida miembros de círculos de salud de dos distritos de Arequipa. Rev Peru Med Integrativa. 2017;2(2):92-100. Disponible en :
http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/12/876794/efectividad-del-programa-reforma-de-vida-en-los-estilos-de-vida_fH5bXsb.pdf
18. **Vilca Apaza, Adeliz Arminda.** *Estilos de vida en el profesional de enfermería del servicio de emergencia. Hospital Cayetano Heredia, 2017. Lima Peru. Disponible en:*
<https://hdl.handle.net/20.500.12727/3070>

19. Jayo Yancce Juan José en su Tesis de grado “Actitud y practica de estilos de vida en profesionales de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo de Huanta Ayacucho, 2017”

https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNAC_02ac64d7580833fa816c962464195360/Description#tabnav

20. CUNGUIA LIVIA, NEYDA JUDITH tesis de grado titulado Actitudes y prácticas sobre estilos de vida del enfermero (a) del Hospital Santa Rosa - Piura, 2017.

<http://repositorio.usanpedro.edu.pe/handle/USANPEDRO/11828>

21. Silvia Isabel Polo de la Cruz, Artículo científico Eficacia del Programa Reforma de Vida en trabajadores activos, con diabetes tipo 2 Hospital I ESSALUD Víctor Alfredo Lazo Peralta, Red Asistencial Madre de Dios, Puerto Maldonado, Madre de Dios, Perú

http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/29526/polo_cs.pdf?sequence=1

22. MAGALY YULENY MAYTA GOMEZ PUNO – PERÚ 2018 TESIS Efecto de la intervención con educación alimentaria – nutricional, actividad física y componente alimentario en adultos con síndrome metabólico pre mórbido de instituciones de la ciudad de puno

http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/10172/Mayta_Gomez_Magaly_Yuleny.pdf?sequence=1&isAllowed=y

23. LILIAN ADELINA CASTILLO MARTINEZ Liliana Adelino, tesis titulado, reforma de vida saludable y su fluencia en la salud del adulto mayor que acude a consulta externa en el hospital rene toche groppo – chincha- 2019.

<http://repositorio.unjfsc.edu.pe/bitstream/handle/UNJFSC/2698/CASTILLO%20MARTINEZ%20LILIAN%20ADELINA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

∩

24. León-Román C. Nuevas teorías en enfermería y las precedentes de importancia histórica. Revista Cubana de Enfermería [Internet]. 2017

- [citado 16 Feb 2022]; 33 (4) Disponible en:
<http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1587>.
25. Aristizábal-Hoyos G, Blanco-Borjas D, Sánchez-Ramos A, Ostigüín-Meléndez R. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enferm. univ.* [Internet]. 13 de abril de 2018 [citado 16 de febrero de 2022];8(4). Disponible en:
<http://www.revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/248>
26. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 5ª ed. Madrid: El Sevier Science; 2003.
<http://www.untumbes.edu.pe/vcs/biblioteca/document/varioslibros/1358.%20Modelos%20y%20teor%C3%ADas%20en%20enfermeria.pdf>
27. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 5ª ed. Madrid: El Sevier Science; 2003.
<http://www.untumbes.edu.pe/vcs/biblioteca/document/varioslibros/1358.%20Modelos%20y%20teor%C3%ADas%20en%20enfermeria.pdf>
28. REVISTA del colegio médico colombiano “Ser Saludables” de fecha 24 de julio del 2020
<https://sersaludables.org/en-busca-de-un-estilo-de-vida-saludable/#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de,f%C3%ADsico%2C%20mental%20y%20social%E2%80%9D>.
29. MSC. CLAUDIA WONG DE LIU, Compilado con fines docentes UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA. FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS. FASE I, AREA DE SALU PÚBLICA I Estilos de vida
<https://saludpublica1.files.wordpress.com/2012/08/estilos-de-vida-2012.pdf>
30. Guía de Entornos y Estilos de Vida Saludables Se imprimió en la imprenta Publigráficas, S. de R.L. Col. La Pradera, calle principal 300 metros adelante de Comercial Laeisz. Tel: (504) 2234-4667, Fax: (504) 2234-4667 E-mail: publigráfica2002@yahoo.com En el mes de noviembre año 2016 pag. 7

- <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34580/vidasaludable2016-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
31. Guía de estilos de vida saludable, publicado por la Alcaldía de Medellín ISBN: 978-958-5448-17-9 Edición: 1 © Municipio de Medellín Nit: 890.905.211-1 Calle 44 N 52–165 Centro Administrativo Municipal Medellín, Colombia, 2018
- https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportaldelCiudadano_2/PlandeDesarrollo_0_19/ProgramasyProyectos/Shared%20Content/Estilos%20de%20vida%20saludable/Gu%C3%ADa%20Estilos%20de%20Vida/Gui%CC%81a%20Estilos%20de%20vida%20saludables.pdf
32. Gallego Henao, Adriana María; Pino Montoya, José Wilmar; Álvarez Gallego, Mónica María; Vargas Mesa, Enid Daniela; Correa Idarraga, Leidy Viviana La dinámica familiar y estilos de crianza: pilares fundamentales en la dimensión socioafectiva *1 revista Hallazgos, vol. 16, núm. 32, 2019, Julio-, pp. 1-20 Universidad Santo Tomás Bogotá, Colombia ISSN: 1794-3841 ISSN: 2422-409X
- <https://www.eltiempo.com/salud/lazos-de-amistad-benefician-el-cerebro-humano-208048>
33. OMS, estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. 23 de febrero de 2018
- <https://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/#:~:text=Un%20nivel%20adecuado%20de%20actividad,salud%20%C3%B3sea%20y%20funcional%2C%20y%29 familia y amigos>
34. MC. Lourdes Alicia Couoh Solís QFB. Daniela Arceo Cámara MANUAL DE PRÁCTICAS DE LABORATORIO FISIOLÓGÍA DE LA NUTRICIÓN UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CAMPECHE mayo del 2016.
- <https://prepaermilo.uacam.mx/view/download?file=82/MANUAL%20DE%20FISIOLOGIA%20DE%20LA%20NUTRICION.pdf&tipo=noticias>
35. M.J. Jurado Luque REVISTA NEUROLOGIA. Vol. 63, Supl. 2, octubre 2016. ISSN 0210-0010. Sueño saludable: evidencias y guías de actuación. Documento oficial de la Sociedad Española de Sueño
- <https://ses.org.es/docs/rev-neurologia2016.pdf>
36. Asunción López-Calderón Barreda, libro fisiología humana: capítulo 89, universidad complutense de Madrid. Cuarta edición.

- <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1858§ionid=134361717>
- <https://prepaermilo.uacam.mx/view/download?file=82/MANUAL%20DE%20FISIOLOGIA%20DE%20LA%20NUTRICION.pdf&tipo=noticias>
37. RABAGO ALICIA: espacio DE INTROSPECCION 12 OCTUBRE, 2018
<http://www.educalosconaliciarabago.com/espacios-de-introspeccion/>
38. Centro de prensa de la OMS, Obesidad y sobrepeso 1 de abril de 2020

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
39. Centro de prensa de la OMS 13 de setiembre del 2019. Hipertensión
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
40. Centro de prensa de la OMS 8 de junio de 2020 diabetes
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
41. DUAZARY, JULIO - DICIEMBRE DE 2017, Vol. 14 N° 2 Revista Duazary
ISSN: 1794-5992 Vol. 14 No. 2 141 - 148 Julio - Diciembre de 2017 DOI:
<http://dx.doi.org/10.21676/2389783X.1972>
42. Informe anual programa Reforma de Vida 2015 Seguro Social de Salud.
http://www.essalud.gob.pe/downloads/gcps/programa_de_reforma_de_vida/Estadisticas/INFORME_DE_PRODUCCION_ANUAL_DE_REFORMA_DE_VIDA_2015.pdf
43. Sumarriva Bustinza Liliana, Lauro Aliaga Javier. Manual de fisioterapia, 2001. Seguro Social de Salud (EsSalud)
<http://repositorio.essalud.gob.pe/jspui/handle/ESSALUD/678>
44. Dra. Martha Villar López Dra. Yessica Ballinas Sueldo, GUIA DEL FACILITADOR Metodología vivencial de aprendizaje del adulto MVA Promoviendo estilos de vida saludable en los trabajadores GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD GERENCIA DE MEDICINA COMPLEMENTARIA PROGRAMA REFORMA DE VIDA lima, Perú 2016
https://ww1.essalud.gob.pe/compendio/pdf/0000003499_pdf.pdf

ANEXOS

ANEXO 1

TEST ESTILOS DE VIDA

Código de la Enfermera: -----, Sexo: -----, Edad:

Fecha: -----

INSTRUCCIONES: En este test luego de leer las afirmaciones propuestas marque la alternativa que más se acerque a lo que Ud. hace o siente.

1.- Tengo con quien hablar de las cosas que son importantes para mí.

Casi siempre A veces Casi nunca

2.- Yo doy y recibido cariño.

Casi siempre A veces Casi nunca

3.- Yo realizo actividad física (caminar, subir escaleras), por 30 minutos cada vez

Tres o más veces por semana A veces Casi nunca

4.- Yo hago ejercicio (correr, caminar rápido) al menos por 30 minutos diariamente

Casi siempre A veces Casi nunca

5.- Como dos porciones de frutas y tres de verduras.

Todos los días A veces Casi nunca

6.- A menudo consumo mucha azúcar, sal, comida chatarra o con grasa.

Ninguna de éstas consumo Consumo alguna de éstas

Consumo todas estas

7.- Estoy pasado a mi peso ideal en :

De 0 a 4 Kg más De 5 a 8 Kg. Más de 8 Kg

8.- Yo fumo cigarrillos.

Ninguno los últimos 5 años No el último año Si este año

9.- Generalmente fumo __ cigarrillos por día.

Ninguno De 1 a 10 Más de 10

10.- Mi número promedio de tragos por semana es de:

De 0 a 7 De 8 a 12 Más de 12

11.- Converso con mi familia o pareja aspectos de sexualidad

- Casi siempre A veces Casi nunca
- 12.- En mi conducta sexual me preocupo del autocuidado y del cuidado de mi pareja
- Casi siempre A veces Casi nunca
- 13.- Duermo bien y me siento descansado.
- Casi siempre A veces Casi nunca
- 14.- Yo me siento capaz de manejar el estrés o la tensión en mi vida.
- Casi siempre A veces Casi nunca
- 15.-Yo me relajo y disfruto mi tiempo libre.
- Casi siempre A veces Casi nunca
- 16.- Parece que ando acelerado(a).
- Casi siempre A veces Casi nunca
- 17.- Me siento enojado o agresivo.
- Casi siempre A veces Casi nunca
- 18.- Yo soy un pensador positivo u optimista.
- Casi siempre A veces Casi nunca
- 19.- Yo me siento tenso o abrumado.
- Casi siempre A veces Casi nunca
- 20.- Yo me siento deprimido o triste.
- Casi siempre A veces Casi nunca
- 21.- Uso el cinturón de seguridad.
- Casi siempre A veces Casi nunca
- 22.- Yo me siento satisfecho con mi trabajo o mis actividades.
- Casi siempre A veces Casi nunca
- 23.- Como peatón, pasajero de transporte público sigo las reglas
- Casi siempre A veces Casi nunca
- 24.- Uso excesivamente medicamentos sin prescripción médica o me auto médico.
- Nunca Ocasionalmente A menudo
- 25.- Bebo café, té, gaseosa o bebidas que tienen cafeína
- Menos de 3lit. diarios De 3 a 6 Lit diarios Más de 6 lit diarios

26.- Soy integrante activo de grupos de apoyo a la salud o sociales.

Yo participo

Casi siempre A veces Casi nunca

27. Me cuesta decir, buenos días, perdón, gracias, lo siento

Casi siempre A veces Casi nunca

28. Bebo 8 vasos con agua cada día

Casi nunca A menudo Ocasionalmente

29. Me realizo controles de salud en forma periódica

Casi siempre A veces Casi nunca

30. Tengo claro el objetivo de mi vida

Casi siempre A veces Casi nunca