

UNIVERSIDAD DE HOLGUÍN
FACULTAD DE EDUCACIÓN INFANTIL, PSICOPEDAGOGÍA Y ARTE
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN PEDAGOGÍA-PSICOLOGÍA

MAESTRÍA EN ORIENTACIÓN EDUCATIVA

**La orientación educativa a pacientes diagnosticados con
enfermedades crónicas para favorecer estilos de vida saludables
desde el Hospital Militar de Holguín**

AUTORA: LIC. ZAIDA SÁNCHEZ SOCA

Holguín, 2017

UNIVERSIDAD DE HOLGUÍN
FACULTAD DE EDUCACIÓN INFANTIL, PSICOPEDAGOGÍA Y ARTE
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN PEDAGOGÍA-PSICOLOGÍA

MAESTRÍA EN ORIENTACIÓN EDUCATIVA

**La orientación educativa a pacientes diagnosticados con
enfermedades crónicas para favorecer estilos de vida saludables
desde el Hospital Militar de Holguín**

Autora: Lic. Zaida Sánchez Soca

Tutores: Dr. C. Graciela Sánchez Rodríguez, Prof. Titular

Dr. C. Freddy Rafael Sarmiento Torres, Prof. Titular

Consultante: Dr. C. Amaury Correa Martínez, Prof. Auxiliar

Holguín, 2017

DEDICATORIA

A mis padres Mireya y Ramón.

A Vity y Many por ser mis pequeños príncipes.

A Nino por existir.

AGREDIMIENTOS

A todos y a ustedes.....

Gracias.

SÍNTESIS

En Cuba, desde el inicio del nuevo milenio se crean nuevas condiciones para enfrentar los problemas de salud en pos de una mejor calidad de vida, ante los retos existentes en la formación de profesionales, se demanda del personal especializado del Hospital Militar de Holguín acciones destinadas a alcanzar la preparación de un profesional apto para afrontar los desafíos de la orientación educativa en la adquisición de estilos de vida saludables.

Para alcanzar tal empeño, en esta investigación se enfatiza en la preparación en materia de orientación educativa, del personal especializado. Esto se contextualiza en el entorno del tema estrategia de orientación educativa para desarrollar estilos de vida saludables desde el Hospital Militar de Holguín, lo cual responde a la determinación de una problemática de salud motivada por insuficientes hábitos que posee la población, las que aparecen en el banco de problemas del Hospital Militar de Holguín (HMH).

En esta investigación se profundiza en las concepciones teóricas en torno a la orientación educativa, proponiéndose como objetivo: la elaboración de una estrategia de orientación educativa para desarrollar estilos de vida saludables en función de favorecer la prevención en los sujetos que acuden a la institución hospitalaria.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: LA ORIENTACIÓN EDUCATIVA PARA FAVORECER EL DESARROLLO DE ESTILOS DE VIDA SANOS EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DESDE EL HOSPITAL MILITAR DE HOLGUÍN	8
1.1- Caracterización de la orientación educativa de estilos de vida sanos.....	8
1.2 Sistematización teórica de la orientación educativa para la adquisición de estilos de vida saludables	15
1.2.1. Antecedentes teóricos en el estudio del estilo de vida	17
1.3. Diagnóstico del estado actual de pacientes, personal paramédico y médicos en el desarrollo de estilos de vida sanos en el Hospital Militar de Holguín.....	23
Conclusiones del capítulo.....	26
CAPÍTULO II: ESTRATEGIA DE ORIENTACIÓN EDUCATIVA PARA FAVORECER ESTILOS DE VIDA SANOS EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS.....	27
2.1 Presupuestos epistemológicos para la elaboración de la estrategia de orientación educativa para favorecer estilos de vida sanos en pacientes diagnosticados con enfermedades crónicas	27
2.2. La orientación a los sujetos que intervienen desde el servicio médico para lograr estilos de vida sanos	30
2.3 Estrategia de orientación educativa para lograr estilos de vida sanos en pacientes diagnosticados con enfermedades crónicas.....	31
2.4 Resultados de la aplicación de las acciones de la estrategia para lograr estilos de vida sanos. Valoración de la pertinencia.....	47
Conclusiones del Capítulo II.....	55
CONCLUSIONES GENERALES.....	57
RECOMENDACIONES	58

BIBLIOGRAFÍA	60
ANEXOS	67

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) constituyen la primera causa de mortalidad en los países desarrollados. Según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre enfermedades crónicas para el año 2020, la patología cardiovascular es y continuará siendo la primera causa de muerte en los países industrializados, y su prevalencia experimentará un incremento significativo, sobre todo a expensas del aumento de la incidencia en los países en vías de desarrollo. De ahí el interés creciente en el conocimiento de los factores de riesgo, ya que parte de estas muertes podría evitarse.

La Cardiopatía Isquémica es una forma específica de afección miocárdica causada principalmente por insuficiencia coronaria aterosclerótica, es la primera causa de mortalidad en Cuba desde hace más de 40 años y se estima que actualmente es responsable de una de cada seis defunciones en la población de 20 años y más, es la causa del 80% de los fallecimientos, el infarto es la forma de presentación de mayor letalidad, en el año 2015 ocasionó el 45% de la mortalidad.

Se conoce que el 67% de las muertes por enfermedades del corazón ocurren por enfermedades isquémicas, de ellas, el 44% por infarto agudo del miocardio. Se presenta sobremortalidad femenina, para otras enfermedades isquémicas agudas del corazón; enfermedad isquémica crónica del corazón; enfermedad hipertensiva y enfermedades reumáticas crónicas del corazón. También aparece, la cardiopatía isquémica, entre las causas más frecuentes de ingreso en el Hospital Militar de Holguín, en el periodo de 2010 a 2016.

El estudio de la literatura especializada sobre el tema, refleja entre las principales causas las asociadas a los problemas ambientales como la falta de agua, disposición inadecuada de excretas, y otras. En el caso de Cuba, las investigaciones de (E. Gómez-Calcerrada, T. Rodríguez y L. Espinosa (2008), confirman con un significado especial, el estilo de vida. Se considera que actualmente el reto es aún mayor, dado que las enfermedades están relacionadas con decisiones personales, en torno al consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias adictivas, inactividad física,

alimentación inadecuada y obesidad. En este sentido además falta de orientación, en muchos casos.

En Cuba, desde inicio del nuevo milenio se crean nuevas condiciones para enfrentar los problemas de salud. Al profundizar en su carácter complejo, se intensifica el estudio interdisciplinario y el enfoque de intersectorialidad en la promoción y educación para la salud en pos de una mejor calidad de vida. Es opinión de la autora del presente trabajo que si se emplea la orientación educativa para guiar a los pacientes que ingresan con la citada enfermedad, al Hospital Militar de Holguín, puede favorecerse el desarrollo de estilos de vida sanos.

En tal sentido se han publicado artículos en revistas biomédicas que abordan esta temática E. M. Gómez-Calcerrada, T. Rodríguez, T. Rodríguez y L. Espinosa (2008), los cuales arriban a las siguientes conclusiones: la calidad de vida depende directamente del medio natural y su calidad. La valoración sobre la salud no solo depende de las necesidades y los conocimientos del individuo, sino también de las condiciones de vida y trabajo.

La Psicología debe incluir la intervención psicológica en todos los momentos de evolución de la enfermedad, y a la sustitución de comportamientos de riesgo por conductas de protección, en acciones dirigidas a mejorar el cumplimiento sistemático de las prescripciones médicas, a la optimización del descanso y el manejo del estrés vital, al incremento del apoyo social, familiar y comunitario, a la atención de la invalidez y en la rehabilitación, en toda una serie de campos que tienen a la atención primaria y hospitalaria como escenario e incorporar el uso de la orientación educativa.

En Cuba a raíz del VI Congreso del Partido Comunista de Cuba, se recoge como prioritario el Proyecto de Lineamientos de la Política Económica y Social del VI Congreso del PCC (2011): Fortalecer las acciones de promoción y prevención que retardan o evitan la aparición de las enfermedades crónicas no transmisibles y sus secuelas.

Pocos estudios abordan este complejo fenómeno (estilos de vida saludables) desde el ámbito de la orientación educativa, en este sentido, autores como M. Gainza-

Gainza y L.A., Kerton-Manner (2015), estudian la orientación educativa en la promoción y educación para la salud en instituciones educacionales y Y. López, E. Veloso, L. Herrera y A. Martínez (2008), realizaron un programa psicoeducativo para la prevención secundaria de la cardiopatía isquémica.

Las publicaciones en la web acerca de la orientación educativa de estilos de vida saludables son escasas, también es insuficiente la fundamentación de programas dirigidos a la prevención de la cardiopatía isquémica, en tal sentido, se plantea que diferentes factores (económicos, sociales, culturales) o las características del modelo sanitario son considerados responsables del escaso éxito de la prevención.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha pedido reiteradamente un esfuerzo global para comprender estos factores y abordarlos de manera eficaz, con el fin de mejorar la prevención cardiovascular. S. Mendis, K. Fukino, A. Cameron (2007) y WHO (2005), M. Álvarez (2003) al valorar el proceso de salud enfermedad, reflexionan que se deben considerar factores biológicos (genéticos), psicológicos (educacionales o vivenciales) y sociales que condicionan en gran medida la evolución de este proceso (salud - enfermedad). Solo así es posible profundizar en la comprensión de las enfermedades sea cual sea su causa.

Los especialistas en el tema Braunwald (2013) y Cecil y Goldman (2013) coinciden en que esta patología es causa de gran impacto físico y emocional en la personas, después de un evento de esta naturaleza se genera una gran ansiedad por el miedo y peligro que representa el que se vuelva a repetir y además con consecuencias terminales. Es por ello que en este tipo de paciente es usual la búsqueda de información pertinente sobre la enfermedad, los procedimientos de tratamientos alternativos y sus probables consecuencias.

El conocimiento de la propia enfermedad, de cómo controlar sus síntomas, de cómo usar las técnicas necesarias para mejorar la situación, depende de la información que se le brinda al mismo. Y. López, E. Veloso, L. Herrera y A. Martínez (2008). Consiguiendo información, el enfermo puede reducir ansiedad y miedo, disminuyendo así la ambigüedad.

La ciencia moderna comprende actualmente la necesidad de su integración con otras afines, para la comprensión de fenómenos complejos, como el proceso salud – enfermedad, es de esta forma que la psicopedagogía se convierte en un recurso importante y actual en la intervención en pacientes con predisposición y tiene una enorme repercusión en la preparación de los seres humanos para fomentar su bienestar y cuidado de la salud.

La orientación educativa ofrece una nueva manera de educar en un sentido amplio para la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles y orientar los recursos personales y sociales de los sujetos y los grupos en lo que estos se insertan, permitiendo organizar o estructurar los proyectos de vida, objetivos y aspiraciones, así como establecer estrategias para lograrlos.

La orientación educativa según V. de Medrano (2002), quien la define como: “Conjunto de conocimientos, metodologías y principios teóricos que fundamentan la planificación, diseño, aplicación y evaluación de la intervención psicopedagógica preventiva, comprensiva, sistémica y continuada que se dirige a las personas, las instituciones y el contexto comunitario, con el objetivo de facilitar y promover el desarrollo integral de los sujetos a lo largo de las distintas etapas evolutivas de su vida, con la implicación de los diferentes agentes educativos (orientadores, tutores, profesores, familia) y sociales¹.” Y también aceptamos como válido en sentido operativo como “Proceso de ayuda continuo, a todas las personas, en todos sus aspectos, con objeto de potenciar el desarrollo humano, a lo largo de toda la vida²”. R. Bisquerra (1996).

Para facilitar la orientación, dirigida al desarrollo integral del sujeto, esta debe ser fundamentada en principios que guíen la intervención orientadora, con carácter de prevención, desarrollo y atención a la diversidad de los individuos, en un contexto amplio de relaciones socio-culturales de gran significación para los sujetos. Desde esta perspectiva, la orientación se asume como un proceso cíclico de acción y reflexión que implica una continua definición de acciones y estrategias que

¹ Medrano, V. de (2002), pp.37-38.

² Bisquerra, R. (1996), p.152.

respondan a las necesidades, expectativas y motivaciones del individuo en las diferentes etapas de su desarrollo.

Los resultados de un estudio diagnóstico que se dirigió a determinar el comportamiento de ese proceso; así como los obtenidos mediante el estudio de sus antecedentes en el desarrollo histórico de la institución, avalados por la experiencia del autor como psicóloga, revelaron en el orden práctico las siguientes insuficiencias:

- Limitaciones en la dimensión social, al trabajar un concepto amplio de salud en el Hospital Militar de Holguín.
- Es escasa la información de las relaciones humanas, conductas de riesgo y situaciones sociales que afectan a los pacientes que acuden a recibir atención médica en la citada institución.
- Es insuficiente la atención ofrecida a los pacientes, relacionada con la salud psíquica y social.

Estas insuficiencias permiten formular como **Problema científico**: ¿Cómo favorecer estilos de vida saludables en pacientes diagnosticados con enfermedades crónicas desde el Hospital Militar de Holguín?

Es por ello que se concreta como **objeto** de investigación el proceso de orientación educativa en pacientes diagnosticados con enfermedades crónicas, para lo que se precisó como **campo de acción** la orientación educativa en el desarrollo de estilos de vida saludables en pacientes diagnosticados con enfermedades crónicas. Para precisar el alcance de la investigación, se define como **objetivo**: la elaboración de una estrategia de orientación educativa a pacientes diagnosticados con enfermedades crónicas desde el Hospital Militar de Holguín favorecer estilos de vida saludables.

Para ello se concretan las siguientes preguntas científicas:

1. ¿Cuáles son los fundamentos teóricos acerca de la orientación educativa para la formación de estilos de vida saludables en pacientes con enfermedades crónicas?

2. ¿Cuál es el estado real de la orientación educativa para la formación de estilos de vida saludables en pacientes que acuden al Hospital militar de Holguín?
3. ¿Qué estrategia de orientación ofrecer para desarrollar la formación de estilos de vida saludables en pacientes con enfermedades crónicas que acuden al Hospital militar de Holguín?
4. ¿Cómo valorar los resultados de la implementación de la estrategia propuesta?

La consecución del objetivo de la investigación, a partir de la guía orientadora de las preguntas científicas antes enunciadas, exigió el cumplimiento de las siguientes tareas de investigación:

1. Sistematizar desde las posiciones teóricas la orientación educativa para la formación de estilos de vida saludables.
2. Caracterizar el estado real de la implementación de la orientación educativa para la formación de estilos de vida saludables en pacientes que acuden al Hospital militar de Holguín.
3. Elaborar una estrategia de orientación para favorecer la prevención de enfermedades crónicas en pacientes diagnosticados con enfermedades crónicas desde el Hospital Militar de Holguín.
4. Valorar la factibilidad de la aplicación de la estrategia de orientación educativa en la formación de estilos de vida saludables para favorecer la prevención de enfermedades crónicas desde el Hospital Militar de Holguín.

La investigación se desarrolla a partir del empleo combinado de métodos, técnicas y procedimientos del nivel teórico y empírico, desde un enfoque dialéctico materialista. Los métodos teóricos que permitieron cumplimentar las tareas de la investigación fueron los siguientes:

- El análisis - síntesis y la inducción - deducción, permitieron determinarlos principales fundamentos teóricos y metodológicos que sustentan la propuesta.

- El histórico - lógico, se empleó en el examen del desarrollo histórico - tendencial del objeto de estudio, y en el establecimiento del marco teórico - metodológico referencial que sirvió de base para el diseño de la propuesta.
- El sistémico-estructural-funcional se empleó para analizar las relaciones en sistema durante el tratamiento de los sujetos de atención, y de los nexos de las actividades en las diferentes etapas de la investigación.

Métodos empíricos:

- Encuesta y Entrevista: a pacientes y especialistas para obtener información que permita diagnosticar el problema y para la corroboración de la efectividad de las acciones de la estrategia.
- Observación: para obtener informaciones que permitan profundizar en el diagnóstico del problema y del comportamiento de cada etapa durante la aplicación de la estrategia y la evolución de los sujetos.

En la realización del proceso investigativo y de aplicación de los diferentes instrumentos se emplearon los siguientes indicadores **para seleccionar los casos:**

- Pacientes diagnosticados con enfermedades crónicas.
- Consentimiento informado.
- Evidencias de dificultades en su estilo de vida.

CAPÍTULO I: LA ORIENTACIÓN EDUCATIVA PARA FAVORECER EL DESARROLLO DE ESTILOS DE VIDA SANOS EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DESDE EL HOSPITAL MILITAR DE HOLGUÍN

El presente capítulo plantea la valoración del tratamiento teórico dado al estilo de vida a partir de la integración de los aspectos positivos observados en los diferentes autores revisados para fundamentar sus constituyentes personológicos y demostrar las problemáticas de salud que se generan por una incorrecta orientación para desarrollar estilos de vida sanos.

1.1- Caracterización de la orientación educativa de estilos de vida sanos

La organización Mundial de la salud define estilo de vida como: Forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales.

En un sentido práctico el estilo de vida saludable se entiende cada vez más como un patrón de comportamientos relacionados con la salud que se llevan a cabo de un modo relativamente estable que le brindan protección, tiene en cuenta aquellos comportamientos que implican un riesgo para la salud.

La definición del modo de vida como forma típica de actividad de los individuos de una sociedad históricamente determinada establece una clara diferencia en relación con el estilo de vida, por cuanto esta categoría que no niega sus determinantes sociales objetivos, apunta más hacia la autoexpresión subjetiva individual.

El modo de vida debe ser enfocado al menos en dos niveles de análisis:

En el nivel general, donde el hombre genérico es sujeto del modo de vida, y en tal sentido es objeto de estudio de la sociología y la filosofía; y el nivel particular, donde el individuo es sujeto, no del modo de vida en general, sino de su estilo de vida, como componente subjetivamente determinado del modo de vida.

Los estudios relacionados con la Orientación Educativa en la salud comienzan en los albores del siglo XX, pero no es hasta la segunda mitad cuando se realizan estudios sistemáticos de los mismos. El Estudio Framingham, llevó a cabo una investigación prospectiva de una comunidad que proporcionó un considerable apoyo a la relación a la orientación sobre la hipercolesterolemia, la HTA y otros factores de riesgos cardiovascular. Estudios de observación realizados en EEUU y en otros países reportaron pruebas independientes que respaldaban la idea de factores de riesgos activos de la enfermedad vascular.

La denominación de factores de riesgos fue dada a conocer por la OMS en 1983 y ratificada en la 15 asamblea general de la OMS en el año 2000 y considera a aquella variable que aporta las características, la condición o circunstancia detectable en un individuo o grupo de personas y el ambiente que se asocia con una probabilidad incrementada de desarrollar o experimentar una enfermedad o desviación de la salud.

Dentro de los factores de riesgos se encuentran, los Modificables: Tabaquismo, Estrés, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Hipercolesterolemia, Obesidad, Sedentarismo y las hipertrigliceridemia; No modificables: edad, sexo, grupo sanguíneo, genéticos. Estos son los tradicionales pero existen los Factores de Riesgos Emergentes (FRE): Acción del fibrinógeno, la resistencia a la insulina, TGP, aumento de las cifras de insulina, la menopausia, las neurohormonas, los radicales libres, los oligoelementos y otros.

Se demuestra que la asociación de varios de ellos se acompaña por un aumento evidente de la frecuencia de la enfermedad, lo que permite definirlos como agentes causales de la misma. Esta agrupación en dos categorías: modificables y no modificables, es de elemental importancia, pues sobre los primeros es donde se realizarán las acciones preventivas y curativas para modificarlos o eliminarlos en un sujeto dado.

Análisis de los resultados de las variables de factores de riesgos

Una historia clínica adecuada incluye, cualquier expresión de la enfermedad que manifiesta el paciente en el interrogatorio o examen físico. Presencia de síntomas

(Dolor precordial, disnea, fatiga, palpitaciones, etc.). Dolor en región precordial durante la realización de algún esfuerzo físico acompañado de sensación de opresión torácica. Antecedente en familiares de primer grado de enfermedades crónicas no transmisibles.

En la revisión de los documentos y la literatura se encontró que existe información en más de un 70% de los pacientes y en un 100% de los médicos y personal de la salud sobre la incidencia de los siguientes factores de riesgo, sin embargo un gran número de los pacientes, superior al 60% dice no cumplir con lo que conoce atribuyendo que se enferman por factores subjetivos. No obstante se encuentra la siguiente información.

El tabaquismo

Originario de Sudamérica, el tabaco se conoce hace más de 500 años y más de 400 se discute si el placer de fumar compensa el probable perjuicio para la salud. En la actualidad, un tercio de la población mundial adulta es fumadora, o sea 1100 millones de personas. Desde 1950 a 2016 fallecieron 123 millones de personas a causa del hábito, por lo cual se considera como una epidemia. Fumar se consideró primero como un vicio, después como un hábito y actualmente como una adicción.

En América Latina poseen esa adicción el 40% de los hombres y el 21% de las mujeres, equivalente a un tercio de los adultos. En Cuba, la prevalencia es del 36,8%, en la capital el 39,5%, sólo superada por la Isla de la Juventud y Santiago de Cuba. Paradójicamente, Pinar del Río, el mayor productor, tiene menos fumadores per cápita por población. Múltiples estudios epidemiológicos longitudinales confirman que el consumo de cigarrillos aumenta el riesgo de padecer enfermedades relacionadas con la Cardiopatía Isquémica, las enfermedades respiratorias y otras relacionadas.

El efecto beneficioso del abandono del tabaco se ha observado tanto en población sana como en enfermos. El tabaco aumenta el riesgo coronario mediante la producción de dos efectos principales: aterogénicos (lesión endotelial, disminución del colesterol HDL, activación plaquetaria y liberación de ácidos grasos libres) y trombogénicos (activación plaquetaria, aumento del fibrinógeno, liberación de tromboxano y disminución de la producción de prostaciclina).

Además, el tabaco contribuye a la isquemia del miocardio y al resto del organismo, al desequilibrar la disponibilidad de oxígeno, mediante la activación simpaticoadrenal, la vasoconstricción y la producción de carboxihemoglobina debido al monóxido de carbono. Este interactúa de forma fuertemente multiplicativa con otros factores de riesgos como la HTA, la diabetes y el colesterol sérico, según otros autores.

El consumo de cigarrillos, en la mujer premenopáusica consumidora de anticonceptivos orales, en particular aumenta considerablemente el riesgo de enfermedad vascular aterosclerótica.

La Diabetes Mellitus

La (DM) es un problema de salud mundial, con unos cuarenta millones de pacientes conocidos con tasas de incidencia y prevalencia en continuo ascenso. En los EUA la incidencia acumulada fue de 5.8%, en Cuba es de 1,6 x 1000 habitantes, hasta 3,8% de 45-59 años y 5,6% de 60 en adelante, es decir el aumento es directamente proporcional a la edad. Se afirma que existe igual número de diabéticos conocidos que no conocidos, comportándose con mayor frecuencia en la población. La DM, como entidad se asocia a múltiples causas (obesidad, desnutrición, infecciones, padecimientos tóxicos, además de factores ambientales determinados).

Las Dislipidemias (DL)

El colesterol transportado por cualquier lipoproteína es patológico; pero no hay dudas de que el colesterol de las LDL (C-LDL, lipoproteína de alta densidad) es el más aterogénico, un aumento del 10% en el colesterol sérico se asocia con 20 a 30% de incremento en el riesgo de enfermedad aterosclerótica.

El colesterol elevado es un factor de riesgo aterogénico, más aun cuando está asociado con otros conocidos como: HTA y DM (70-77). Por esa razón, debe ser controlado en todos los pacientes en riesgo. El mecanismo de acción aterogénico de los lípidos está bien establecido, incluso desde los planteamientos realizados por R. Virchow, lo que motiva al autor para que se realice el análisis en esta investigación de manera significativa de dicha temática.

El sedentarismo

El sedentarismo es otro de los factores de riesgos modificables de prevalencia en la población general. Existe un creciente consenso mundial acerca de que los hábitos de vida sedentarios llevan a limitaciones funcionales y al incremento del riesgo en la aparición de enfermedades cardiovasculares, cáncer, obesidad y diabetes.

La contrapartida del sedentarismo es la actividad física; la importancia de los efectos de la misma sobre la salud humana es destacada por todas las especialidades médicas, pero donde se demuestran sus beneficios con mayor magnitud es en el sistema cardiovascular, por lo que para explicar el mecanismo por el cual el sedentarismo influye en el proceso de aterosclerosis, sólo habría que invertir los beneficios de la misma.

¿Estrés o Distress?

No existe un recurso tan valioso para movilizar los elementos vitales en el cuerpo como el estrés, a su vez constituye un peligro para la vida al ser consumidos por la energía desplegada por el estrés. Existe un estrés positivo: el eustrés capaz de llenar la vida de energía y vigor, de experimentar la existencia como el mejor de los regalos, por lo que permite una activación de todos los sistemas y que sus procesos se lleven a cabo de la manera más armoniosa posible como resultado de una vida saludable, sublime. Existe uno negativo: el distrés, que convierte la vida en la antesala del infierno, altera los órganos internos y la existencia entera, al punto de quebrantar el cuerpo y el alma.

Las palabras de Hans Selye: “estrés es vida y vida es estrés” nunca han tenido más vigencia que en la actualidad, en pleno siglo XXI. La vida es un sistema de alto dinamismo que debe mantener un equilibrio; este debe autopreservarse a pesar de las noxas que tienden permanentemente a interrumpirlo, lográndolo a través de la allostasis que consiste en la habilidad de adquirir la estabilidad a través del cambio, en busca de ella, el sistema nervioso autónomo y el eje hipotálamo-hipofisiario-suprarrenal interactúan con los sistemas cardiovascular, inmune y metabólico en respuesta al estrés externo o interno, y así realizar los cambios necesarios para alcanzarla.

El Distrés: lo podríamos definir como el estrés patológico. Que ocasiona un exceso de esfuerzo en relación con la carga. Va acompañado siempre de un desorden fisiológico, las catecolaminas aceleran las funciones y estas actúan alejadas del punto de equilibrio, hiperactividad, acortamiento muscular, somatizaciones, en resumen: envejecimiento prematuro, son los efectos secundarios del estrés negativo. Pueden ser estresores: el trabajo, la familia, las enfermedades, el clima, el alcohol, el tabaco, las frustraciones, en suma centenares de estímulos internos o externos de carácter físico, químico o social. Incluso un exceso de estrés positivo puede ser causa de distrés.

Por ello se considera la necesidad de preparar al cuerpo ante los retos a que se enfrente y como dotarlo de un ramillete de nuevas y adecuadas respuestas evolutivamente estables.

La obesidad

La obesidad uno de los problemas a los que se enfrentan las sociedades modernas, afecta sobre todo a los países desarrollados, se comporta con aumento de la morbimortalidad asociada a este factor de riesgo, al ser una sociedad en extremo consumista de alimentos “chatarra” que llegan, pero no nutre. Para el paciente portador de una EAP, esto constituye realmente un reto a vencer.

La OMS reportó un estimado mundial de 1200 millones de personas en sobrepeso para el año 1999. América Latina no escapa a esta situación y la OPS reporta que paralelamente con deficiencias de macro y micronutrientes, la obesidad emerge como un problema nutricional que constituye una amenaza real para la humanidad.

Por lo que aparejados con la obesidad los factores genéticos, hormonales y metabólicos tienen un papel etiológico en el desarrollo de la aterosclerosis, aunque la principal alteración fisiopatológica de la obesidad es un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético, que produce un aumento del depósito de grasa corporal. Se considera que los tres factores que controlan el depósito de grasa corporal son: la herencia, la dieta y el gasto energético. Los dos últimos inductores directos, mientras que la herencia lo hace de manera indirecta.

La obesidad como factor de riesgo aterogénico es importante en la génesis de la aterosclerosis de los miembros inferiores, aún cuando no esté asociado con otros conocidos como: dislipidemias, hipertensión y diabetes.

La Hipertensión arterial (HTA)

La HTA se considera como “enemigo” o “mal silencioso”, ya que generalmente tiene un curso asintomático, lo que no significa que sea peligrosa, es importante en la génesis de la Cardiopatía Isquémica y mucho más si se asocia con otros factores de riesgos: la dieta, elevación de lípidos sanguíneos, obesidad, tabaquismo, DM y sedentarismo.

Se calcula que en el planeta viven 600 millones de personas adultas y se proyecta que en el año 2025 se duplicará, y en el 2050 ascenderá a 2 000 millones de personas. Este padecimiento afecta a más del 20% de la población adulta de numerosos países del mundo, incluyendo Cuba, donde cada año un número considerable de personas se une al grupo de hipertensos ya existentes. Los adultos mayores inmersos en el proceso biológico del envejecimiento experimentan cambios y transformaciones que al asociarse con el padecimiento de otras enfermedades se agravan.

La HTA acelera este proceso, con mayor deterioro y afectación de la salud. Es frecuente, debido a que con el tiempo estas personas manifiestan un trastorno hemodinámico que provoca que la presión se eleve y se mantenga alta de forma permanente, aunque en ocasiones hay que tener cuidado con los casos de falsa hipertensión (hipertensión de la bata blanca o hipertensión por rigidez arterial); la hipertensión puede causar endurecimiento o estrechez en las arterias y favorecer la formación de coágulos, la que genera el riesgo de sufrir embolias e infartos y, por supuesto, la cardiopatía isquémica.

La OPS realizó en 1999 una encuesta de salud “Bienestar y Envejecimiento” (SABE), para evaluar el estado de salud de la población en individuos mayores en siete ciudades de América Latina y El Caribe, incluida Cuba. Las enfermedades registradas con más frecuencia fueron las siguientes: HTA, problemas articulares, reumatismo, desnutrición y osteoporosis.

En la investigación se consideró además las vías clínicas y algoritmos de tratamiento para guiar la toma de decisión y el manejo de la enfermedad

En el HMH se sigue el procedimiento clínico y los algoritmos que a decir de los galenos (100% de los entrevistados) está protocolizado; y existe evidencia de ello, pero se prioriza y ofrecen más detalles acerca del tratamiento farmacológico en detrimento del tratamiento preventivo. De otro lado, en la revisión desarrollada no se encontraron fuentes documentales donde exista una estrategia de orientación educativa hacia la prevención ni que le sirva de guía al médico en este sentido, así como tampoco un espacio donde intervengan conjuntamente todos los especialistas involucrados en el proceso de atención sobre un paciente. De donde se hizo necesario fundamentar teóricamente la estrategia educativa para el desarrollo de estilos de vida saludables.

1.2 Sistematización teórica de la orientación educativa para la adquisición de estilos de vida saludables

La Orientación Educativa a nivel internacional ha generado polémica y desarrollo, el ejercicio de orientar es un hecho indiscutiblemente vinculado a lo largo de diferentes culturas, el cual ha sido de interés en el decursar de la vida como alternativa de ayuda, desarrollo personal y social en diferentes contextos.

La revisión de la literatura permitió reconocer variadas definiciones, las cuales son citadas por autores de prestigio a nivel nacional e internacional: E. Repetto (1987), M. Calviño (2001), A. García (2001), G. Torroella (2002), J. González (2003), Suárez (2004), R. Bisquerra, (2005) y J. Del Pino, y S. Recarey (2007).

Las investigaciones actuales enfocan la orientación educativa en diferentes esferas, además de hacer énfasis en los recursos propios del sujeto para mover la orientación educativa, dirigida al sistema de autorreferencia de la personalidad (C. Suárez (1999), M. Vinent (2003) y I. Paz (2005)).

En la investigación se toman los fundamentos sobre la orientación educativa de M. Calviño (2001), G. Torroella (2002-2005), J. González (2003-2007), C. Suárez (2004), entre otros, que derivan sus tesis de las concepciones vigotskianas y centran

la idea de la orientación con *carácter preventivo*, como relación de ayuda, que implica el desarrollo de las potencialidades de cada sujeto, a través del diálogo y de un amplio proceso interactivo.

Se valora en las concepciones de C. Suárez y M. del Toro (1999) que la orientación educativa es “un proceso de aprendizaje que promueve los recursos personales y sociales de los sujetos y los grupos en los que estos se insertan, lo que permite organizar o estructurar los proyectos de vida, objetivos, aspiraciones, así como establecer estrategias para alcanzarlos³”.

Destacan como dimensiones esenciales de la orientación: lo sociocultural, lo interactivo y lo subjetivo. Se resalta en la investigación lo interactivo en el proceso orientador, porque tiene en cuenta las relaciones entre los sujetos, vista como “interinfluencia”, donde se manifiestan lo sociocultural y lo subjetivo.

El análisis histórico de las definiciones y los referentes que se asumen de este proceso, permiten apreciar que las diferencias están dadas por el tipo de orientación y su finalidad, existen autores que se refieren a la corriente integrativa de orientación desde el propio.

La precisión de la orientación como proceso de mediación está en correspondencia con la teoría vigotskiana que considera al sujeto en una posición activa, a través de la cual se apropia de la experiencia social acumulada por la humanidad, mediante la actividad y la comunicación. De ello se infiere, que el desarrollo está mediado por la acción de los otros, lo que demuestra que la orientación educativa es un proceso eminentemente interactivo, de mediación.

La orientación educativa como proceso de mediación, requiere de la ayuda que promueve y facilita en el sujeto un nivel de realización y un aprendizaje que permita un mayor nivel de desarrollo. En consonancia, se define como un proceso de ayuda, asumida como relación profesional donde se movilizan en función del crecimiento personal, los recursos personales de un sujeto en un contexto.

³ Suárez, C. y del Toro, M. (1999), p.38.

La precisión de la orientación como proceso de mediación está en correspondencia con la teoría vigotskiana que considera al sujeto en una posición activa, a través de la cual se apropia de la experiencia social acumulada por la humanidad, mediante la actividad y con la ayuda de los otros, en un proceso mediatizado por los instrumentos y signos.

De este modo, se infiere que el proceso de desarrollo está mediado por la acción de los otros, lo que demuestra que la orientación educativa es un proceso eminentemente interactivo, de mediación.

La orientación educativa desde la visión que se analiza como mediación, requiere de la ayuda como un proceso que promueve y facilita en el sujeto un nivel de realización, una apropiación y un aprendizaje que permita un nivel de desarrollo. En consonancia, se defiende la orientación como un proceso de ayuda, asumida esta como relación profesional donde se movilizan los recursos personales del sujeto en un contexto educativo que lo facilite (J. Del Pino, 1998).

La relación de ayuda en la orientación educativa como proceso de mediación se convierte en un proceso potenciador de aprendizajes básicos y de crecimiento personal, que se revierte en la solución de los problemas que enfrenta en su vida el sujeto, se debe tener en cuenta las siguientes consideraciones ofrecidas por A. García (2010):

La concepción actual de orientación integral viene a sustituir el esquema tradicional y reduccionista que limita la orientación a un servicio exclusivo para los sujetos con problemas, basado en la relación interpersonal clínica, o su reducción al servicio de información profesional⁴.

1.2.1. Antecedentes teóricos en el estudio del estilo de vida

Este aspecto señala el enfoque que los diferentes autores dan a la relación del estilo de vida con el modo de vida. Observándose aquí dos tendencias fundamentales. La que desde la categoría modo de vida estudia aspectos propios del estilo de vida relacionados con su determinación subjetiva y el papel de lo psicológico (Predvechni

⁴ García, A (2010), p.11.

y Sherkovin (1986), O. Shorojova (1987), B. F. Lomov (1989)). Esta tendencia ha aportado elaboraciones interesantes en cuanto a su papel en la socialización del individuo, el análisis de las tareas de la Psicología en la sociedad, así como en el estudio del aspecto social y psicológico de la relación salud-enfermedad.

Los intentos de determinar el aspecto psicológico del modo de vida señalan elementos de valor, no obstante metodológicamente es difícil estudiar el aspecto psicológico de la personalidad y el sujeto de sus relaciones sociales desde la categoría modo de vida. Tal afirmación se sustenta en las siguientes consideraciones: las definiciones generalmente aceptadas de esta categoría dejan poco margen al análisis psicológico individual, predominando en sus atributos los contenidos sociológicos, económicos, geográficos, etc.. N. Lijachov (1975) por ejemplo, lo concibe como:

Conjunto de formas de actividad de los hombres, en unidad con las condiciones sociales como tipo históricamente determinado de actividad de los individuos como totalidad de los rasgos más importantes de su vida material, social y espiritual en la sociedad⁵.

Con mucha frecuencia, en el tratamiento de la categoría modo de vida se omite el sujeto de ésta, no se especifica si se trata del modo de vida de la sociedad en general, de las clases, de los grupos o del individuo, lo cual representa un enfoque excesivamente general donde se diluye la especificidad de la subjetividad individual en la determinación del estilo de vida. Al respecto A. Butenko señaló: *“A veces encontramos trabajos cuyos autores hablan del modo de vida, de sus determinantes olvidando aclarar cuál modo de vida analiza, sí del individuo, de un grupo social, o de toda la sociedad”*⁶.

La lógica predominante en el análisis de esta categoría es de afuera hacia adentro, es decir, se enfatiza más en la determinación social externa que en el carácter activo del sujeto individual en relación con la construcción de su modo de vida, lo cual constituye una tendencia general del enfoque sociológico del individuo.

⁵ Lijachov, N. (1975), p. 19.

⁶ Butenko, A. (1981), p.77.

Considerando estos elementos, resulta necesario diferenciar las relaciones y ámbito de acción de ambas categorías.

En este trabajo se parte de la concepción de las relaciones entre modo y estilo de vida. El modo de vida plasma la dialéctica de lo individual y lo social. El proceso de asimilación individual de las condiciones sociales, así como de los rasgos fundamentales del modo de vida de la sociedad, es al mismo tiempo un proceso de transformación del modo de vida al refractarse a través del mundo interno del individuo y este ejercer su activismo. De ahí que el comportamiento típico y general del sujeto quede impregnado de aquellas regularidades más sobresalientes del modo de vida de la sociedad y la clase a la que pertenece en la misma medida en él actúa sobre ellas.

El modo de vida se convierte en un fenómeno singular gracias a las condiciones, facultades y capacidades individuales, a las condiciones concretas de su vida, además de las condiciones socioeconómicas de la sociedad y la clase a la que pertenezca. En el modo de vida del individuo quedan expresadas de una manera exclusiva, las leyes de la vida material y espiritual del hombre.

La influencia del aspecto material y objetivo en su conjunto, aparece mediatizada por la conciencia social de la sociedad concreta de que se trate, lo cual no limita a la personalidad en su autodeterminación a partir de su autoconciencia, no obstaculiza su comportamiento activo y transformador. Este hecho le permite orientarse en el medio social adoptando creativamente un estilo de vida individual, singular e irrepetible, en el que los intereses individuales y sociales, coincidentes en su esencia, se vean realizados.

La definición del modo de vida como forma típica de actividad de los individuos de una sociedad históricamente determinada, establece una clara diferencia en relación con el estilo de vida, por cuanto esta categoría que no niega sus determinantes sociales objetivos apunta más hacia la autoexpresión subjetiva individual.

El modo de vida debe ser enfocado al menos en dos niveles de análisis. En el nivel general, donde el hombre genérico es sujeto del modo de vida, y en tal sentido es objeto de estudio de la sociología y la filosofía; y el nivel particular, donde el individuo

es sujeto, no del modo de vida en general, sino de su estilo de vida, como componente subjetivamente determinado del modo de vida.

En el ámbito individual, las relaciones del modo de vida y el estilo de vida se dan a través de las condiciones de vida. El análisis de las condiciones de vida permite comprender como el modo de vida influye sobre los individuos de modo heterogéneo. La determinación social del individuo difiere de un sujeto a otro. Para cada sujeto concreto se configuran determinantes sociales muy específicos. Esto puede apreciarse en los diferentes niveles de acción de las condiciones de vida.

Existe un nivel en que las condiciones de vida están dadas por el tiempo histórico y el escenario natural, social, cultural, económico y político en que se desarrolla el individuo. Son precisamente estas condiciones las más estudiadas, pero no las únicas.

En otro nivel encontramos condiciones de vida, determinadas por las primeras, pero con acción propia, de carácter inmediatos, mas ligadas a los subjetivo y menos consideradas por los estudiosos de esta categoría. Nos referimos a aquellas que tienen que ver con la dinámica familiar, la posición entre los hermanos, (hijo único, mayor, menor, etc.), la constitución biológica (genotipo y fenotipo). Ambos niveles tienen un denominador común: son condiciones de vida dadas al sujeto. No son ni elegidas ni construidas por él, actuando como determinantes objetivos de la formación de su personalidad y su estilo de vida.

Sin embargo, también encontramos un nivel en que las condiciones de vida son el resultado del activismo del sujeto, del carácter activo de su personalidad, de su autodeterminación y elección individual, que el individuo las alcanza a partir de su desempeño social, es decir que no son condiciones de vidas dadas, sino creadas, pero que también se constituyen en determinantes externos al sujeto resultantes de su estilo de vida.

Con este enfoque de las condiciones de vida es posible comprender el carácter de “subsistema funcional dinámico” del estilo de vida en la relación sujeto-modo de vida, así como acercar la categoría condiciones de vida a la psicología, destacando la significación que esta adquiere en sus diferentes niveles de análisis en relación con

el sujeto.

Es en este plano en que se encuentra el contenido genuinamente psicológico del modo de vida. Es en este nivel donde el análisis de la expresión en el estilo de vida de los constituyentes funcionales y dinámicos de la personalidad es de importancia metodológica.

La relación sujeto-estilo de vida, o sea el lugar que se le asigna al estilo de vida en relación con el sujeto constituye una problemática observada en la literatura sobre el tema. Aquí se observan dos tendencias fundamentales. La primera asume el estilo de vida como una cualidad subjetiva, de existencia interna en el sujeto (A. Adler, 1948; G. W Allport, 1965).

La segunda tendencia, al no reconocer la especificidad del estilo de vida identificándolo con el modo de vida, lo concibe como una manifestación externa del sujeto individual, (Sherkovin y Predvecnni, (1987), B. F. Lomov (1989), O. Shorojova, (1987), J. Potrony (1989), R. Pérez Lovelle (1989)). Es característico de estos autores que sus elaboraciones teóricas tengan carácter general, sin una salida a la investigación aplicada operacionalizando dicha categoría.

En los últimos años se han venido publicando interesantes ideas sobre la especificidad psicológica de la categoría sujeto (F. González (1995, 1997); H. Arias, (1993, 1994, 1997, 1998)). Se ha trabajado en una diferenciación del sujeto y la personalidad, en los atributos funcionales de cada uno, así como en sus relaciones. Luego de una diferenciación entre las cualidades del sujeto y de la personalidad, así como la formulación de los componentes del sujeto, H. Arias (1998) diferencia los aportes de cada una de estas instancias en sus interacciones con la realidad.

Para este autor la personalidad aporta el sistema de recursos psicológicos que posee el hombre, que se han ido formando, estructurando y sistematizando a través de sus vivencias y experiencias en su interacción con el medio y consigo mismo y que sirven de base a la regulación de su actividad y comunicación y la proyección y organización de su vida en general, a partir de una estrecha vinculación de elementos estructurales y funcionales.

El *sujeto* - considera este autor- es una especie de mediador, enfrenta conflictos y

contradicciones, se plantea objetivos, regula volitivamente la acción, etc. Ante situaciones nuevas, desconocidas: estructura y organiza la estrategia a seguir. Tiene un carácter mucho más funcional y situacional que la personalidad y no se organiza en una estructura. En la medida en que estas características del sujeto se establezcan, pasan a formar parte de la personalidad.

El análisis de la relación sujeto-personalidad-estilo de vida constituye una alternativa pertinente en la caracterización psicológica del estilo de vida. Siendo el sujeto el individuo concreto, al hablar de él no sólo se hace referencia a su mundo interno, sino también al sistema de relaciones en que se objetiviza su subjetividad.

En este trabajo se asume que el sujeto individual existe en dos dimensiones: interna y externa. Las mismas se relacionan dialécticamente como dos partes de un todo. La personalidad constituye un componente de la subjetividad interna, mientras que el estilo de vida es la subjetividad objetivada, o sea la expresión comportamental externa de la personalidad del sujeto.

Todo comportamiento es una función del sujeto, sin que necesariamente en él participe y se exprese la personalidad. Aquel comportamiento nuevo, eventual, no forma parte del estilo de vida y no es expresión de la personalidad, aunque sí del sujeto. En cambio, lo que en el individuo es típico, recurrente e identitario, es decir, forma parte de su estilo de vida, es una función que el sujeto ejerce a través de su personalidad. El estilo de vida expresa el modo en que se objetiviza el activismo del sujeto en relación con la sociedad y la construcción de su vida.

En la regulación psicológica del estilo de vida juega un papel importante la posición en la vida del sujeto, el modo de enfrentar miento típico de los conflictos y contradicciones que a lo largo de su desarrollo individual se presentan. Tanto el estilo de enfrentamiento de las mismas que este desarrolle, como las consecuencias que de él se deriven, conformará el estilo de vida.

Son de vital importancia conceptos como: desarrollo actual, Zona de desarrollo próximo, Situación social del desarrollo, Mediación y Evaluación dinámica son básicos en la visión de la orientación educativa, siendo fundamentales dentro del

Enfoque Histórico-Cultural para la realización del trabajo de orientación educativa en la apropiación de estilos de vida saludables.

1.3. Diagnóstico del estado actual de pacientes, personal paramédico y médicos en el desarrollo de estilos de vida sanos en el Hospital Militar de Holguín

El estudio diagnóstico realizado se contextualiza a la realidad descrita en el desarrollo de la investigación en función de las potencialidades que ofrece el medio hospitalario y el medio militar que por su naturaleza integra la proyección de toda actividad profesional. En el **anexo 1** se realiza una caracterización del Hospital Militar de Holguín.

Para la caracterización del estado actual de la Orientación Educativa de estilos de vida sanos se realizó un análisis de las encuestas, de las entrevistas aplicadas a pacientes y personal paramédico, así como a los galenos que atienden la asistencia hospitalaria, además de la revisión de documentos y de los planes de trabajo y la estrategia de trabajo a nivel de la dirección de los diferentes departamentos y direcciones administrativas lo que permitió constatar que no existen o en caso de planificarse algunas actividades son limitadas y se realizan sin una previa orientación y luego no se controla la efectividad de cada acción.

Para conocer las particularidades y el comportamiento de los mismos entre el personal médico militar de las FAR en el EO, específicamente en el Hospital Militar de Holguín se propuso realizar un estudio con énfasis en lo preventivo con variables reconocidas institucionalmente pero no en todos los casos, entrevistados o encuestados existe un criterio homogéneo.

De los 12 especialistas; el 38% dice aplicar un diagnóstico que incluye elementos sobre la información que debe tener el paciente sobre cómo evitar las enfermedades no transmisibles. Un 25% dice hacerlo en algunas ocasiones y el resto (37%) no considera que sea preponderante esta información.

La muestra de pacientes, representada por 39 de ellos con elección intencional, para trabajar con ellos durante el desarrollo de la estrategia. En la entrevista aplicada a los

pacientes (**ver anexo 2**), con el objetivo de conocer cuáles son las razones de la enfermedad que padecen, se constató que:

1. Los pacientes en un 92,3% (36 de los entrevistados) no están sensibilizados con las causas, y manifiestan que poseen pobre información por lo que no previenen la enfermedad.
2. Los entrevistados demuestran en un 74,3% (36 de ellos) falta de vínculo afectivo que permita suficiente confianza con los médicos u otro personal para manifestar sus padeceres o causas.
3. Los enfermos reconocen en un 30,3% (26 de los entrevistados) las potencialidades de la medicina cubana y su sistema preventivo y confían en él.

El cuestionario aplicado a pacientes (**ver anexo 2**) con el objetivo de constatar cómo se aprovechan las potencialidades existentes en la atención primaria de salud para la Orientación Educativa para favorecer estilos de vida sanos la mayoría de los casos, manifiestan que no se convocan charlas, conversatorios y que no reconocen las actividades que se desarrollan como parte de la prevención de salud.

Estos resultados son muestras de que aunque se prioriza la Orientación Educativa para favorecer estilos de vida sanos, persiste el insuficiente nivel de conocimientos de los pacientes acerca de las potencialidades de las acciones para prevenir su enfermedad. Del mismo modo, se hace evidente que en el proceso de Orientación Educativa de estilos de vida sanos no se trabaja lo suficientemente en la cotidianidad ni se concibe como una prioridad.

Para evaluar el grado de preparación y/o dominio de los médicos para enfrentar el desarrollo de la Orientación Educativa para favorecer estilos de vida sanos se propuso a la autoevaluación por los propios galenos según escala descendente con las categorías alto, medio y bajo. Esta evaluación evidenció que existen dificultades en el personal asistencial en cuanto al nivel de conocimiento sobre la orientación profesional que pueden usar en el proceso de prevención e la salud. Los mismos poseen deficiencias tanto teóricas como metodológicas para desarrollar la Orientación Educativa de estilos de vida sanos, ubicándose el 30,0% de los

encuestados en la categoría de medio, el 60,0% en bajo y sólo un 10,0% en la de alto.

Estos resultados están motivados, fundamentalmente, por el poco tratamiento que se da a la temática, tanto en la formación del profesional como luego en la consulta, pues estos se dirigen esencialmente a los elementos formales del proceso y al contenido con predominio académico y no del enfoque contextualizado. Esto influye, de alguna manera, en que las actividades que realizan en los diferentes niveles tanto de dirección como organizativos del trabajo, no respondan a la solución de las dificultades en torno a la temática.

Los resultados obtenidos son muestras de los problemas existentes en el desarrollo de la Orientación Educativa para favorecer estilos de vida sanos, así como el empleo de las potencialidades de la medicina cubana y su sistema de salud lo que permitió la determinación de las siguientes regularidades:

Se demostró un pobre dominio de la teoría sobre la Orientación Educativa de estilos de vida sanos, pues solo el 10% de los profesionales tiene un alto conocimiento de esta teoría. La Orientación Educativa para favorecer estilos de vida sanos se ha convertido en una actividad reducida a una precisión formal y no se tiene como estrategia de trabajo que permita el cumplimiento de los objetivos de la prevención, existe un mayor interés académico y de manera general no responden a la solución de la problemática existente, como queda señalado.

De otro lado existen insuficiencias en la preparación del personal de asistencia médica en cuanto a las potencialidades de las actividades estratégicas para prevenir la salud, esta regularidad está avalada por que el 62% de los profesionales no incluye o solo en algunas ocasiones brinda información al paciente de cómo prevenir su enfermedad. También las limitaciones en el desarrollo de modos de actuación profesional en la identificación de acciones estratégicas de prevención, pues él 92,3% de los pacientes entrevistados manifiesta pobre información de cómo prevenir su enfermedad.

Conclusiones del capítulo

Las dimensiones esenciales de la orientación educativa son interactivas y en el proceso orientador tienen en cuenta las relaciones entre los sujetos, es además vista como “interinfluencia”, donde se manifiestan lo sociocultural y lo subjetivo.

La Orientación Educativa para favorecer estilos de vida sanos se ha convertido en una actividad reducida a una precisión formal y no se tiene como estrategia de trabajo que permita el cumplimiento de los objetivos de la prevención.

Esta investigación evidenció que existen dificultades en cuanto al nivel de conocimiento sobre la orientación educativa en el personal asistencial para orientar a los sujetos sobre el proceso de prevención e la salud.

En la orientación educativa existe un mayor interés académico por parte de los profesionales encargados de dirigir las acciones de una estrategia educativa para prevenir salud y de manera general no responde a la solución de las problemáticas existentes en el Hospital Militar de Holguín.

CAPÍTULO II: ESTRATEGIA DE ORIENTACIÓN EDUCATIVA PARA FAVORECER ESTILOS DE VIDA SANOS EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

En el presente capítulo se describe la estrategia de orientación a partir de los fundamentos teóricos-metodológicos y del estudio diagnóstico, en el que se enfatizó sobre la preparación que tienen los sujetos para desarrollar estilos de vida saludables. La estrategia con el desarrollo de las acciones se presentó a la reflexión profesional de especialistas con lo que se logró un consenso de su valor con el interés de ser generalizado.

2.1 Presupuestos epistemológicos para la elaboración de la estrategia de orientación educativa para favorecer estilos de vida sanos en pacientes diagnosticados con enfermedades crónicas

Las estrategias se diseñan con el fin de resolver determinados problemas de la práctica y vencer insuficiencias en el menor tiempo con ahorro de recursos. Estas permiten proyectar un cambio cualitativo en el sistema a partir de eliminar las contradicciones entre el estado actual y el deseado e implican una planificación en la que se produce el establecimiento de acciones encaminadas hacia un fin a alcanzar, lo cual no significa que en un momento pueda variar su curso. En ellas se interrelacionan los objetivos y fines que se persiguen dialécticamente en un plan general con la metodología para alcanzarlos.

En la elaboración de la estrategia presentada en esta tesis se parte de la consulta de la literatura internacional a través de las cuales se asumen las estrategias como resultado científico. Para su estudio se realizó el análisis etimológico de la palabra, el cual permite conocer sus antecedentes en la voz griega *estrategos* (general). La utilización de este vocablo se consideró como un parte de la vida militar y en el ámbito de las ciencias comenzó aplicarse aproximadamente a partir de 1960, con el comienzo del desarrollo de investigaciones dirigidas a describir acciones, actividades e indicadores relacionados con la calidad de los servicios y la educación.

En la esfera de la Pedagogía, algunos autores se han dedicado al estudio de las estrategias educativas, didácticas, pedagógicas M. L. Rodríguez (2004, 2006), R. Sierra (2002, 2004). Estos autores coinciden en que las estrategias relacionadas con el campo de la Educación se caracterizan por el enfoque integral, están determinadas por objetivos, representan un sistema de etapas, pasos, acciones a seguir para cumplir un fin y se proyectan de forma gradual.

En el campo pedagógico, existen coincidencias en los criterios de los autores sistematizados por N. de Armas (2003), los que refieren la estrategia como:

...la dirección pedagógica de la transformación de un objeto desde su estado real hasta un estado deseado. Presupone por tanto, partir de un diagnóstico en el que se evidencia un problema y la proyección y ejecución de sistemas de acciones intermedias, progresivas y coherentes que permitan alcanzar de forma paulatina los objetivos propuestos⁷.

En el caso que se fundamenta, como estrategia de orientación educativa de estilos de vida sanos, responde a la lógica del proceso de orientación del Ministerio de Salud, lo cual es resultado de un profundo análisis de las tipologías empleadas y se acomete el estudio de la estrategia como resultado científico.

La sistematización de los criterios analizados permite considerar que las taxonomías existentes toman en cuenta, por lo general, dos cuestiones básicas para asumir las clasificaciones: el contexto o ámbito concreto sobre el que se pretende incidir y la especificidad del objeto de transformación. Este último elemento funciona, o bien como un añadido del primero (a la tipología estratégica se le incorpora una denominación de acuerdo con el objeto de transformación), o como una tipología específica en la que se obvia el contexto o ámbito de incidencia.

En estas valoraciones científicas se reconocen múltiples conceptos de tipologías estratégicas: estrategia pedagógica, didáctica, educativa, metodológica y escolar. Todas ellas se centran en la proyección de un sistema de acciones a corto, mediano y largo plazo que permite la transformación del proceso en el cual se inserta. Sin

⁷ De Armas, N. (2003), p.8.

embargo, esta clasificación no agota en ningún momento las tipologías existentes, son solo una selección de las que se utilizan con mayor frecuencia. En la bibliografía consultada aparece también la estrategia educacional, la de intervención, la compensatoria, etc.

El resultado que se fundamenta como estrategia de orientación educativa para favorecer estilos de vida sanos, responde a la lógica del proceso de orientación educativa en el área de salud. Para ello se parte de la necesidad de la preparación de los sujetos que participan en las actividades o acciones estratégicas en esta área.

De ahí que, se definen como contenidos orientacionales en la presente estrategia, los que siguen:

- Prevención de salud.
- Estilos de vida saludables.
- Modo de vida.
- Influencia educativa de la familia de los pacientes.
- La orientación educativa como vía para el desarrollo de estilos de vida sanos.

Además se define como situación orientacional por excelencia, teniendo en cuenta el contexto de ejecución de la investigación, el espacio de reflexión individual y grupal donde se desarrollan las acciones orientacionales que componen la estrategia diseñada. Dichos espacios integran al personal médico, paramédico y los pacientes que forman parte de la muestra investigada.

Tales espacios se caracterizan por un clima psicológico positivo donde prima la colaboración, la reflexión, el intercambio de vivencias y experiencias de los sujetos involucrados, el compromiso emocional y la disposición, previo consentimiento asistido de cada participante y sus familiares acompañantes.

Estas ideas permiten revelar los elementos comunes de la estrategia y la necesidad de buscar las especificidades sobre el proceso de **orientación educativa para lograr estilos de vida sanos**. De modo que se llega a la elaboración de la estrategia de orientación a partir de:

- La determinación de la intencionalidad y la función de la estrategia desde el proceso de atención en el Hospital Militar de Holguín (HMH).
- El análisis y precisión de los conceptos precedentes y primarios, así como el estudio de sus definiciones.
- La integración de los rasgos esenciales de los conceptos necesarios y suficientes.
- Análisis y determinación de los fundamentos teóricos-metodológicos de la orientación educativa de estilos de vida sanos.

Desde esta perspectiva, se asume la estrategia de orientación como un proceso de interrelación teoría práctica en el que se retroalimenta constantemente el proceso y del cual se derivan los referentes teóricos que se asumen.

En el caso que se fundamenta, desde la corriente integrativa de la orientación, se concibe la orientación educativa para favorecer estilos de vida sanos desde la inclusión y participación en la planificación, ejecución y análisis de forma sistemática e integral de cada actividad. **Ello implica, asumir como principio que: la estrategia de orientación educativa para desarrollar estilos de vida sanos solo se evidencia en una articulación de actividades que implique una constante toma de decisiones, de elaboración y reelaboración de las acciones.**

Con la aplicación de este principio se pretende obtener un sistema de conocimientos en el desempeño de la función orientadora que opere como un instrumento que permita a los participantes (médicos, enfermeras(os) y pacientes) actuar en la prevención de la salud.

2.2. La orientación a los sujetos que intervienen desde el servicio médico para lograr estilos de vida sanos

Las acciones que se proponen en la estrategia de orientación educativa se integran al sistema de trabajo del hospital accionando sobre el sujeto desde el protagonismo del médico y el trabajo cooperado entre los estudiantes de medicina en los centros de formación (que van desde el nivel primario hasta el más elevado dentro del sistema de salud) en función de lograr la correspondencia de los proyectos de vida

con las exigencias del entorno social. Para esto, se ha de involucrar a los médicos, enfermeras y todo el personal que laboran en los centros asistenciales, los que junto a los centros educativos, los medios de divulgación y el resto de la comunidad contribuyan al conocimiento y mejoramiento de los estilos de vida sanos en los sujetos.

Orientación a la familia de los pacientes de la muestra, como trabajo educativo en los sujetos para lograr estilos de vida sanos

Se debe involucrar a la familia en el trabajo educativo para lograr estilos de vida sanos, a partir de diferentes intercambios en los que se debe seguir la concepción de la estrategia propuesta, el entorno familiar es muy importante en el logro de una orientación eficiente, por ser ésta la que más tiempo convive con los sujetos proclives a contraer una enfermedad, así como desarrollar otras acciones que aunque no se encuentren en la estrategia contribuyan a orientar y educar.

2.3 Estrategia de orientación educativa para lograr estilos de vida sanos en pacientes diagnosticados con enfermedades crónicas

En la estrategia elaborada se presenta un sistema dinámico y flexible de actividades que se ejecutan de manera gradual y escalonada, permitiendo una evolución sistemática en la que intervienen de forma activa todos los participantes, haciendo énfasis no solo en los resultados, sino también en el desarrollo procesal.

La estrategia que se fundamenta tiene en cuenta las exigencias que se realizan a un profesional de la medicina durante su trabajo y donde la orientación se convierte en hilo conductor para su preparación desde la actividad de prevención de salud.

En ella se asume que la actividad de orientación se desarrolla a través de direcciones en las que se concreta la actividad que permite redimensionar las funciones del médico y el resto del personal de salud, las que se asumen como función, orientadora y función investigativa por tener que estar constantemente diagnosticando y reelaborando las actividades aplicadas.

En la estrategia, para la orientación se asumen los sustentos teóricos de actuación

profesional integral contextualizada, así como sus componentes: conceptuales, procedimentales, motivacionales y actitudinales, redimensionados respecto a las demandas de la orientación profesional pedagógica, en el que se revela un fuerte fundamento ético, político, sociológico, psicológico, pedagógico y de dirección.

La estrategia para la orientación educativa en función de favorecer estilos de vida sanos tiene en cuenta el enfoque integral y sistemático para ello se consideró:

- El diagnóstico integral como un proceso; en el que se tiene en cuenta el nivel de desarrollo real y potencial en lo individual de los sujetos que intervienen, las limitaciones y cómo estos influyen o limitan el desarrollo en la realización de sus funciones.
- Un objetivo integrador donde se integren el sistema de conocimientos, la intencionalidad educativa, la sistematicidad, la independencia, las vías y fuentes que se deben de emplear para alcanzar el objetivo propuesto.
- La selección del conocimiento, teniendo en cuenta el diagnóstico y el objetivo a alcanzar con la orientación al sujeto. Debe formar parte del conocimiento todo lo relacionado con la teoría y la práctica para la orientación del sujeto a prevenir.
- La vía a emplear debe garantizar la valoración de la actividad del médico o la enfermera como orientadores o como mentores de las actividades a desarrollar para prevenir y en el caso de estar enfermo cómo mejorar los estilos de vida.

En la elaboración de la estrategia, en consecuencia con los referentes asumidos, se revelan las siguientes **características** que se consideran básicas en la estructuración para la transformación de la realidad que gira alrededor de la orientación hacia estilos de vida sanos. La estrategia para la orientación de los sujetos se caracteriza por su:

- **Objetividad:** Es objetiva porque las acciones de la misma surgen a partir del resultado del diagnóstico aplicado y de las necesidades de orientación a los sujetos, además, de las potencialidades del entorno para atender esas

falencias.

- **Aplicabilidad:** Es posible de ser aplicada, adaptándola a las condiciones concretas de cada entorno no solo en el medio militar sino también en los diferentes niveles de la salud cubana, es de fácil manejo por todos los sujetos involucrados en la misma, ya que responde a la propia dinámica del trabajo y la vida en sentido general.
- **Flexibilidad:** Es susceptible de cambios, por su capacidad de rediseño, argumentación en correspondencia con los resultados del diagnóstico, las metas y las necesidades que surgen como parte del desarrollo de las acciones de orientación hacia estilos de vida sanos.
- **Carácter contextualizado:** Las acciones tienen la posibilidad de adecuarse a las características de cada sujeto y de interactuar con las formas empleadas en el desarrollo de la orientación desde las propias potencialidades del entorno.
- **Carácter vivencial:** Las vivencias de los sujetos de atención y del personal médico en la concepción de la estrategia y en el aprovechamiento de la implicación de ellos en las acciones de orientación fueron elementos permanentes tenidos en cuenta en la estrategia.
- **Carácter reconsiderativo de la práctica:** la selección de las formas y técnicas de orientación en relación con los conocimientos, en correspondencia con las necesidades cognoscitivas permitieron reconsiderar el modo de actuación de los sujetos en el proceso interactivo.
- **Nivel de actualización:** La estrategia materializa las actuales concepciones pedagógicas y psicológicas sobre la orientación, profundizando en su desarrollo desde el trabajo diario aprovechando el contexto en su rico andar.
- **Carácter de sistema:** La concepción de la estrategia parte de la interrelación que existe entre sus componentes: diagnóstico, objetivo general y etapas con acciones y evaluación.

Para lograr el desarrollo de la estrategia desde las características que la distinguen

se considera básico dimensionar el papel del profesional que oriente la estrategia para obtener desde la dinámica efectividad en el cumplimiento de sus acciones. Para ello se asumen como referentes básicos de la estrategia, la función orientadora a partir de considerar su papel en la dinámica de las funciones de los implicados, en la medida en que se considera importante el cumplimiento de la función orientadora para cumplir con eficiencia las funciones del sujeto que se trata.

Desde esta concepción se proyectan las acciones en la estrategia sobre la base de la función orientadora que le corresponde al personal de la medicina para su trabajo profesional. Ello se realiza desde las ideas de A. Blanco y S. Recarey (1999).

Es por ello que se convierten en premisas básicas de la estrategia para la orientación desde la función orientadora, las características que distinguen esta función que fueron, declaradas por Recarey para el proceso docente, pero pueden perfectamente adaptarse en la estrategia de orientación hacia estilos de vida sanos, a continuación se presentan de forma sintetizadas las siguientes consideraciones:

- **El diagnóstico sistemático de la situación social del desarrollo de los sujetos:** El diagnóstico se realiza, de la situación social y de la situación personal del desarrollo, o sea de lo innato, de lo adquirido por medio del aprendizaje y de lo construido de manera muy particular por el sujeto, lo que significa diagnosticar las condiciones internas y externas que participan en el desarrollo y su dialéctica, en correspondencia con la edad.
- **La determinación de diferentes niveles de ayuda:** A partir de los resultados del diagnóstico permanente se precisa qué ayuda necesita cada sujeto en general, lo que implica que las acciones en lo individual y en el caso necesario en lo grupal se dirijan hacia la zona de desarrollo próximo. En este caso no se puede perder de vista la dinámica que se establece entre lo orientador y lo consultivo, pero para otros resultará desarrollador o preventivo.
- **El establecimiento de relaciones profesionales de ayuda pedagógica:** Si bien M. Calviño (2000), precisó que en el proceso de orientación psicológica se dan relaciones profesionales de ayuda personal, caracterizadas por atender problemas personales o grupales de orden psicológico, dirigidas a promover

un cambio, cuyas relaciones pueden ser eventuales o contractuales y en las que participa un psicólogo como profesional y un orientador, en el proceso participan como elementos dinámicos los sujetos a que se le aplica la estrategia, en el desempeño de la función orientadora se establecen relaciones profesionales de ayuda.

Desde esta perspectiva se asume la estrategia para la orientación que favorece estilos de vida sanos como una vía de interrelación teoría práctica en el que se retroalimenta constantemente el proceso, tomando como base un diagnóstico real de la situación en función de cada sujeto de atención.

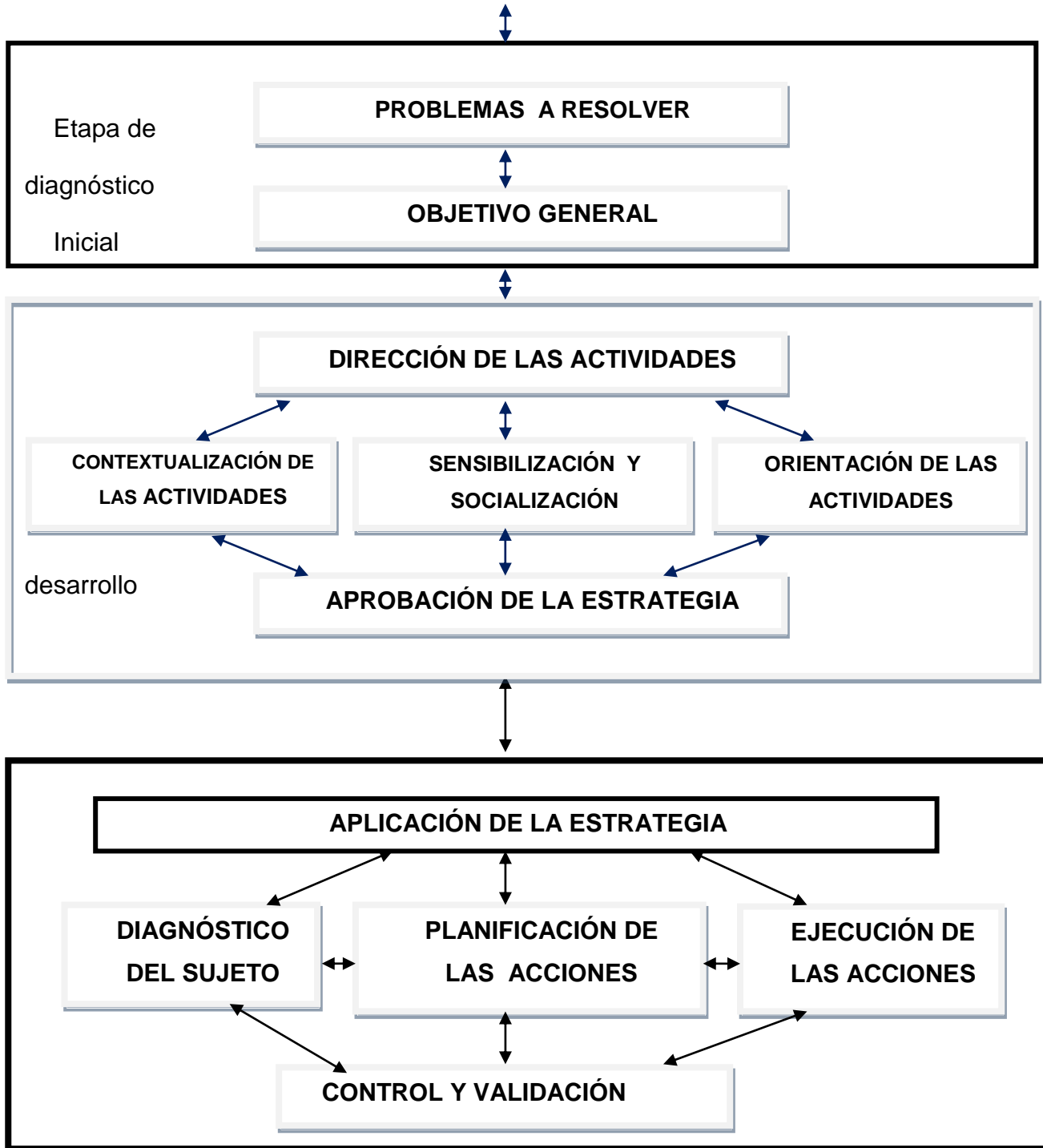
En el diseño y aplicación de la estrategia de orientación educativa para desarrollar estilos de vida saludables desde el Hospital Militar de Holguín se elaboró bajo la siguiente estructura procedimental.

- Un diagnóstico inicial para comprender las situaciones problemáticas y trazar el objetivo.
- Una actividad de socialización y sensibilización para poder orientar las actividades o reincorporar algunas o reevaluar cambios antes de presentar la estrategia para su aprobación definitiva.
- La aplicación de la estrategia con un diagnóstico de los sujetos que participan para emprender estilos de vida sanos, la planificación de acciones personalizadas y la ejecución de ellas con un registro de control de las experiencias con la finalidad de prevenir enfermedades y mitigar las que ya se han establecido.

En la estrategia se establece una organización por etapas, teniendo en cuenta las exigencias del contexto, la dinámica de la vida y que debe existir un diagnóstico de las acciones desde el punto de vista médico y otro diagnóstico desde el punto de vista psicopedagógico que es el que guía las diferentes etapas, porque el que hace el galeno o el personal de salud es el tradicional y en este caso se requiere aplicar métodos, procedimientos y acciones que salgan de la consulta, además la razón de ser de esta estrategia es la de prevenir las enfermedades con estilos de vida sanos.

A continuación se presenta un diagrama que muestra las diferentes etapas de la estrategia de orientación educativa para desarrollar estilos de vida saludables desde el Hospital Militar de Holguín.

ESTRATEGIA DE ORIENTACIÓN EDUCATIVA PARA DESARROLLAR ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DESDE EL HOSPITAL MILITAR DE HOLGUÍN



Durante el proceso de diseño y aplicación se debe practicar un diagnóstico general que se utiliza de forma sistemática para que permita la constante retroalimentación en la ejecución de la estrategia, se asume, además, que el diagnóstico se desarrolla teniendo en cuenta la dialéctica materialista como método para el conocimiento científico, lo que posibilite la flexibilidad de diagnosticar aplicando diferentes vías, buscando la correspondencia entre ellos y cada una de las actividades que se plantean en la estrategia para lograr estilos de vida saludables desde el Hospital Militar de Holguín .

También se mantiene durante las diferentes direcciones el autodiagnóstico en la constatación de los saberes de los diferentes actores. Siguiendo la lógica previamente concebida la autora plantea las siguientes etapas:

PRIMERA ETAPA:

En esta etapa lo primordial es partir de la identificación de los problemas para lo que se aplican algunos instrumentos de investigación empíricos como la observación, la entrevista, la encuesta que se adjuntan como **Anexos no. 2 y 3** y teóricos como el análisis y la síntesis, así como la revisión de documentos. En esta misma etapa se plantea el **objetivo general**:

Contribuir al perfeccionamiento de la orientación educativa de los sujetos de atención en el hospital Militar de Holguín para lograr estilos de vida saludables, a través de diferentes actividades y acciones donde se vincula la teoría con la práctica, que le permita a los sujetos el desarrollo de conocimientos, motivaciones y actitudes necesarias en la vida diaria.

Las direcciones de las actividades que guían la estrategia parten de la contextualización de la orientación a las exigencias y particularidad de cada sujeto según sus características. Ello conduce a la necesaria profundización de sus objetivos y necesidades de orientación a partir del conocimiento que se pretenda formar.

SEGUNDA ETAPA:

Por la importancia de las direcciones que se asumen se hace necesaria la

articulación de la orientación hacia la dinámica del trabajo para enfrentar los retos a partir de las acciones que se proyectan. A continuación se describen las actividades que componen esta etapa de elaboración de la estrategia.

Contextualización de las actividades

En este sentido, se requiere la integración de acciones que permitan el desempeño de las funciones profesionales que deben cumplir los encargados de aplicar la estrategia, en esta etapa los actores que conforman la estrategia aún están recopilando datos, por lo que es necesaria la vinculación con la comunidad y en especial con la familia de los sujetos de atención para entender bien el contexto donde se desarrollan, así como las actividades que devienen del centro de trabajo o estudio y en el caso que estos no estén vinculados a estos menesteres al lugar donde pasan la mayor cantidad de tiempo, así se pueden determinar y escribir las acciones de hábitos alimentarios, higiénicos, el consumo de medicamentos, las condiciones ambientales, la atención al tiempo libre y las relaciones humanas que posee el sujeto de atención, entre otras que pueden percibirse que intervienen en el comportamiento.

Ello requiere que las acciones de la estrategia lleven al sujeto, desde el contenido en la actividad que recibe y participa a profundizar en el conocimiento de la enfermedad y cómo salir de ella, en caso posible. Así mismo se busca ofrecer como prevención las vías para no enfermar.

En fin, se trata de lograr que la actividad que se ofrece sea un verdadero espacio en el que se desarrollen modos de actuación en los sujetos, que les permita vivir con calidad. Sin dudas la manera en que esto se concreta es desde el trabajo metodológico que tiene su génesis en un adecuado diagnóstico y planificación que se logra desde la reunión del colectivo de especialistas o personal de la salud que participan activamente en la concepción de la estrategia, hasta la aplicación de ella, pasando por la primera y segunda etapa.

En cada una de las etapas existen actividades y después de la contextualización de las mismas es necesario, la socialización y la sensibilización para que todos los actores que participan estén al tanto de los pormenores y contribuyan con sus

experiencias.

Socialización y sensibilización

La socialización y la sensibilización son actividades de importancia vital para la estrategia ya que entre los diferentes actores que intervienen, debe existir unidad de acción y criterios que contribuyan al logro de estilos de vida sanos y que se deriven acciones que mejoren las empleadas tradicionalmente.

La intención de esta actividad es **socializar** las acciones a emprender según los criterios de todos los que interactúan con la estrategia, así se socializan los problemas que existen y los objetivos generales y específicos de la estrategia, al mismo tiempo se recogen puntos de vista y opiniones que enriquecen las acciones y esto a su vez permite la **sensibilización** de los actores que intervienen aspecto importante porque posibilita conducir a todos por un mismo hilo conductor aprovechando las experiencias y la teoría que esté relacionada tanto desde el punto de vista médico como psicopedagógico.

Al concluir la socialización es necesario orientar definitivamente la estrategia para que cada uno conozca cuáles serán las acciones y tareas a cumplir.

Orientación de las actividades

Cada actividad que se registre o se incluya en la estrategia después de que haya sido socializada, debe ser orientada a los que las aplicarán, con la definición del objetivo y con las indicaciones necesarias para registrar cada acción, en esta **orientación** es necesario que se incorporen los directivos de las áreas donde se contextualizaron las acciones. Estas experiencias fueron obtenidas de la elaboración y puesta en práctica de la estrategia que se propone. Así mismo después de esta actividad es necesaria la aprobación de la estrategia por la dirección de la entidad prestadora de salud.

Aprobación

Por las características de unidad cerrada que tienen los centros asistenciales y en especial los de las Fuerzas Armadas se proceda a **aprobar** las actividades y con la anuencia de todos los factores se procede a aprobar la estrategia que de ahora en

adelante comienza sus procedimientos y actividades involucrando como sujeto de aprendizaje a todos aquellos que necesiten mejorar la salud o tener un estilo de vida sano para prevenir enfermedades, aquí se comienza la tercera etapa.

TECERA ETAPA:

En esta etapa se prevé que se aplique la estrategia, para lo que hay que hacer un diagnóstico del sujeto, que se declara como un aspecto necesario pero independiente del diagnóstico general que incluye aspectos técnicos, condiciones medioambientales, condiciones materiales y psicopedagógicas.

Diagnóstico del sujeto

En esta etapa de la estrategia para la orientación hacia estilos de vida sanos desde el Hospital Militar de Holguín, se complementa la primera fase del trabajo donde se detectan en el sujeto de atención, sus necesidades y potencialidades y es a partir de estos resultados que se evalúan las posibilidades del mismo para el desarrollo de acciones que mejoren su calidad de vida o que sirvan para prevenir enfermedades.

Las acciones en esta etapa se dirigen a aspectos fundamentales:

- Acciones para el diagnóstico de la motivación de los sujetos por una vida sana.
- Acciones para el diagnóstico de las potencialidades de los sujetos en la aplicación sistemática y controlada de la estrategia para lograr estilos de vida saludables.

El objetivo estratégico de esta etapa es reflexionar sobre la concepción de la estrategia y la comprensión de necesidad de la misma, determinar las necesidades individuales y colectivas, así como las potencialidades que posee el medio donde se desarrolla el sujeto.

Acciones para el diagnóstico de la motivación de los sujetos por una vida sana

La motivación por una vida sana debe ser considerada una premisa fundamental para el proceso de orientación profesional de la estrategia educativa en función de lograr estilos de vida que sean capaces de prevenir las enfermedades.

Este es un aspecto que hoy entorpece dicho proceso al no garantizar que los sujetos se motiven, en particular por la falta de acciones concretas dirigidas en este sentido desde todas las aristas, tanto en la familia como en la vida laboral. Para ello el diagnóstico de motivación de los sujetos como acción de la estrategia requiere profundizar en:

- Interés personal de los sujetos por aprender los pormenores de una enfermedad que muchas veces por cuestiones genéticas asechan al individuo.
- Necesidades y posibilidades de cada uno de los sujetos para la autodeterminación en función de curarse o en caso de no estar enfermo de lograr prevenir una enfermedad.

Acción 1. Identificar los intereses por conocer: qué es salud y cómo preservarla

Se diagnostican cuáles son los intereses de los sujetos, lo que aportará los elementos esenciales que interactúan entre sí y con los demás miembros de la familia y el colectivo laboral o estudiantil en el caso que corresponda. Esto revelará las necesidades y potencialidades de los mismos, lo que a la vez permitirá tomar decisiones. Las acciones correspondientes a esta etapa se actualizan durante la etapa de familiarización como parte del proceso con las acciones, lo que servirá para actualizar los intereses y rediseñar las acciones acometer.

Este momento debe ser precedido de una observación directa, sistemática e intuitiva por parte del personal de la salud encargada de aplicar la estrategia. La observación permitirá recoger criterios de cómo se manifiesta la auto valoración de los sujetos sobre las enfermedades, su desenvolvimiento y cómo evitarlas analizando las posibilidades reales, sus niveles de comunicación, responsabilidad y en fin su desarrollo y su modo de actuación, en su familia, en su actividad laboral, en los momentos de óseo o recreativos, en fin en todos los instantes de la vida.

Acción 2. Intercambio con los sujetos sobre sus motivaciones, necesidades y posibilidades

Para este intercambio con los sujetos se aprovechará la información que ellos

poseen de las enfermedades y como se puede mantener un estilo de vida saludable. Para el éxito de esta acción es importante llevar a cabo una actuación sistemática sobre la motivación de los sujetos para que se mantengan estimulados y de no ser así realizar un análisis individualizado de las causas que originan su falta de interés para poder abordar con éxito la estrategia.

Varias son las vías y técnicas que se sugieren utilizar para conocer las inclinaciones de los sujetos como son: las encuestas, entrevistas, cuestionario, inventario sobre causas que originan las enfermedades, entre otras. Las acciones correspondientes a esta etapa se actualizan, durante la etapa de familiarización de cada actividad y con cada individuo o grupo de ellos como parte del proceso, lo que servirá para actualizar los y rediseñar las acciones acometer.

Este momento debe ser precedido de una observación directa, sistemática e intuitiva por parte de los actores o personal de salud encargado de la estrategia y demás factores implicados. La observación permitirá recoger criterios de cómo se manifiesta la auto valoración de los sujetos sobre su desenvolvimiento durante las actividades prácticas e investigativas, sus análisis y reflexiones sobre el objeto de estudio, sus potencialidades y posibilidades reales, sus niveles de comunicación, responsabilidad y en fin su desarrollo, manifestado en su modo de actuación.

Acciones durante el diagnóstico de las potencialidades de los sujetos para la orientación de la estrategia educativa en función de lograr estilos de vida saludables

En esta etapa se proyectan acciones para diagnosticar las potencialidades de la dirección de la orientación educativa a partir de sus criterios y valoraciones. Para garantizar esta acción es imprescindible lograr la determinación de las potencialidades de la teoría de orientación profesional que se asume y de esta forma estar en condiciones de orientar a los sujetos sobre el desarrollo del propio contenido y de otras actividades que se desarrollen en la institución que por su carácter de hospital docente se convierte en educativa para la salud.

El diagnóstico puede apoyarse en el intercambio con los sujetos durante las actividades previstas en la preparación de la estrategia. En esto juega un papel

importante el desarrollo de jornadas de intercambio metodológico en las que los médicos-docentes expongan sus experiencias y revelen las necesidades y retos para continuar perfeccionando en el plano profesional la orientación educativa para lograr estilos de vida saludables.

Planificación de las acciones

Esta etapa tiene como objetivo, planificar las formas y las vías de atender las necesidades en correspondencia con las carencias y las potencialidades que se infieren de la etapa de diagnóstico, es decir, modelar acciones que contribuyan a la concreción de la orientación en el desarrollo de modos de actuación en los sujetos.

De manera general, sobre la base del diagnóstico, se requiere una precisión de los elementos formales que sostienen la direccionalidad de la estrategia para la orientación educativa.

Una vez precisado estos elementos se concibe un proceder metodológico, desde la visión de la orientación integrada en la dinámica del proceso de educación del personal que interviene. Ello se concreta en la ejecución de las acciones que a continuación se exponen:

Ejecución de las acciones

Esta etapa tiene como objetivo fundamental trazar las vías de concreción de la orientación profesional para el desarrollo de modos de actuación, desde el contexto donde se desarrolla el sujeto a tratar, desde las acciones específicas a través de las cuales se introducen las relaciones de ayuda, es decir, la orientación.

En esta parte se lleva a cabo la introducción de las acciones concebidas en la etapa de planificación, así como se convierte en el espacio en el cual se logra la concreción de sus exigencias y presupuestos. Es la fase en la que se despliegan las acciones previstas para la orientación en función del desarrollo de la persona para prevenir enfermedades y el caso de ya estar enfermo mejorar su calidad de vida.

Para la puesta en práctica de las acciones de orientación se considera indispensable la participación activa del sujeto que recibe las orientaciones y todo el personal encargado de llevar las actividades. Ello no se limita a la faceta del conocimiento,

sino que se extiende a la esfera de lo afectivo, a la formación y desarrollo de valores, en función de la adopción de una actitud responsable y consciente ante las necesidades de prevenir una enfermedad o de mejorar en el caso de encontrarse enfermo.

A continuación se precisan un conjunto de acciones a tener en cuenta en el desarrollo de la estrategia de orientación educativa para lograr estilos de vida saludables.

En este trabajo se asumen un grupo de actividades que han sido aplicadas por otros autores los que sugieren el desarrollo de actividades de familiarización de los sujetos atendidos en los que se crean las condiciones necesarias y clima favorable que permita el desarrollo de modos de actuación en la vida diaria.

La autora como parte de la investigación considera que en esta etapa se deben de ofrecer:

- **Charlas o conversatorios** sobre las características de las enfermedades, el objeto de estudio de las mismas y como se pueden enfrentar realizando ejercicios físicos, aplicando una dieta correcta en función de cada tipo de enfermedad, así como el inicio de crear el compromiso con lo que le corresponde como persona responsable de su vida, de manera que se vayan creando los primeros rasgos que lo identifique con él mismo y su rol social.
- **Asesoría individual:** en esta acción es importante que se realice el acompañamiento, de manera que se dé seguridad al sujeto en tratamiento mediante la ayuda.

La asesoría se convierte en acciones orientadoras básicas ya que las mismas garantizan la identificación del sujeto con su rol social y la importancia de la salud en primer lugar para el disfrute de una vida plena y para todos los que lo rodean, la familia, el centro de trabajo, los vecinos y la sociedad en general.

A estas actividades se unen un conjunto de acciones que deben desarrollarse de manera sistemática y constituyen el enlace entre la efectividad del proceso de orientación educativa para lograr estilos de vida saludables y el desarrollo de modos

de actuación. Entre estas se pueden citar:

- **Acciones de apoyo:** dentro de este grupo se ubican aquellas actividades que concreten el seguimiento a los sujetos en tratamiento, ante las manifestaciones de no identificación con la enfermedad o de problemas que puedan atentar contra su salud en lo comportamental. Las acciones de apoyo deben estar constantemente insertándose en el proceso de orientación y tratamiento, en la medida en que se ofrezca la ayuda como vía de orientación.
- **Acciones de seguimiento:** son aquellas que se desarrollan con la constante interacción entre el sujeto que se atiende y los que ofrecen la estrategia y también a través de niveles de ayuda, pero desde el desarrollo de las actividades, es decir, las que se efectúan a través del seguimiento diario a partir del diagnóstico que se tiene de cada persona en atención, las que permiten a su vez la retroalimentación a medida que las acciones orientadoras sean ejecutadas por los sujetos con que se trabaja.

Estas etapas de la estrategia en la dinámica fomentan el trabajo de orientación, en la medida en que se insertan en el sistema de salud. En el **anexo 2** se muestra la guía que puede ser empelada para la búsqueda de información por el personal médico para la aplicación de la estrategia.

Control de las acciones para lograr estilos de vida saludables

El objetivo de esta etapa es valorar la pertinencia de las acciones y las transformaciones producidas, los logros y dificultades. Realmente en esta estrategia se asume como la etapa de cierre, aunque desde la primera actividad en su primera etapa se inicia el proceso de control y de evaluación por parte de los actores que desarrollan el proceso. En la instrumentación de la estrategia es importante considerar el papel del sujeto como elemento activo en la solución de los problemas de salud.

El control comienza desde la primera etapa de la estrategia. Se realiza a partir de la observación, las consultas médicas, las encuestas, el intercambio, las entrevistas, estos últimos contribuyen al desarrollo de la comunicación, los resultados del desempeño y su reflejo en la consecución de los objetivos. Por lo que resulta efectiva

la realización del plan de acciones donde aparezca implícita la aplicación de la política de control.

Esta etapa se convierte en fuente de retroalimentación, de modo que se evalúan los procedimientos empleados, las actitudes y los valores emergidos, para que se potencie la naturaleza formativa de la orientación.

El control tiene en cuenta las acciones desarrolladas por el sujeto y su comportamiento sobre la base de las cuales se analiza la necesidad de corregir y reorientar algunas manifestaciones que lo requieran.

El análisis de las acciones controladas se concibe, como un proceso que favorece realizar valoraciones del cumplimiento de los objetivos, además de que permite determinar el nivel de satisfacción de las necesidades, las dificultades, los problemas, logros y potencialidades. Esto ofrece un elemento distintivo ya que no se centra en la precisión o evaluación de las deficiencias o aciertos, sino que se convierte en un momento de análisis de los elementos que deben ser enriquecidos en futuras aplicaciones de las acciones de orientación educativa para lograr estilos de vida saludables.

2.4 Resultados de la aplicación de las acciones de la estrategia para lograr estilos de vida sanos. Valoración de la pertinencia

Al valorar la aplicación de la Estrategia de Orientación educativa para desarrollar estilos de vida saludables, se hizo necesario evaluar cada etapa, este análisis se desarrolló de la siguiente forma:

➤ **Valoración de la etapa de diagnóstico inicial:** Consistió en un diagnóstico para analizar todos las insuficiencias que existían en el HMM con el fin de diseñar y aplicar una estrategia educativa en función de lograr estilos de vida sanos, este se desarrolló mediante un cuestionario confeccionado y aplicado (**anexo 3**), por la autora a los integrantes de la muestra, el mismo se confeccionó teniendo en cuenta la bibliografía revisada así como el nivel de escolaridad y edad de los participantes.

El cuestionario aplicado constó de 6 preguntas, de esta forma quedaron identificadas las necesidades de aprendizaje de los participantes para el diseño de la estrategia educativa para favorecer estilos de vida sanos desde el HMH.

➤ **Valoración de la etapa de desarrollo:** A los participantes se les dividió en dos grupos: uno de 18 y otro de 19 integrantes para facilitar el trabajo. Se impartieron 5 actividades docentes (clases) y se hicieron 3 actividades metodológicas con el personal médico y paramédico que se seleccionó para aplicar la estrategia, así mismo se practicaron dos evaluaciones, una al inicio y otra al final de la intervención estratégica, en estas actividades se ofrecieron conferencias en cada grupo con un tiempo de dos horas, se utilizaron técnicas educativas afectivas para alcanzar los objetivos propuestos, las mismas incluyeron:

- **Charla educativa:** Se utilizó con el fin de suscitar el interés del grupo desde el principio hasta el fin, siempre teniendo en cuenta las necesidades de información de los participantes, transmitiéndoles un mensaje esperanzador, dejándolos dispuestos a la actuación.
- **Dinámica grupal:** En este caso se ofrecieron los temas para facilitarle a los participantes la comunicación interpersonal para exponer, discutir y profundizar en el contenido de los mismos, esto se llevó a cabo en un aula lo que permitió la participación del grupo.
- **El debate:** consistió en la búsqueda de las cuestiones que causaron ideas contrapuestas, así el grupo se dividió en correspondencia a la cantidad de opiniones.

➤ **Valoración de la etapa de evaluación:** Se aplicó el cuestionario inicial y se obtuvieron los resultados para cada encuestado. Se ponderó cada respuesta sobre la base de los conocimientos de cada miembro. Los resultados se presentan en forma de tablas en el **anexo 4**, utilizando las medidas estadísticas de frecuencia y porcentaje.

➤ **Recolección de la información:** Los datos se recogieron de forma manual y se trabajaron a través de sistemas estadísticos informáticos,(DELFOSOFT, 2006) como medidas de resumen utilizamos los números absolutos y el porcentaje.

➤ **Aspectos éticos que se consideraron en la investigación.**

A todos los participantes en la intervención se les explicó:

1. Lo que pretendíamos con la investigación.
2. Las razones por la cual la misma era necesaria.
3. Lo que sucedería durante la intervención y se le solicitó cooperación explicando lo que debían hacer y cuando debían hacerlo.
4. La duración de la intervención.
5. Los riesgos y los beneficios.

Los participantes en el estudio dieron su consentimiento por escrito. **(Anexo 5)**

Resultado de la consulta a expertos sobre la estrategia de orientación para desarrollar estilos de vida saludables a pacientes diagnosticados con enfermedades crónicas desde el Hospital Militar de Holguín.

Para conocer la opinión de los expertos sobre la propuesta de la estrategia educativa para lograr estilos de vida saludables desde Hospital Militar de Holguín se utilizó el método Delphi. Este método consiste en la utilización sistemática del juicio intuitivo de un grupo de expertos, para obtener un consenso de opiniones informadas, mediante la organización de un diálogo anónimo entre los expertos consultados individualmente a través de cuestionarios, con vistas a obtener un consenso general.

Para la determinación inicial del empleo de la estrategia para lograr estilos de vida saludables desde el Hospital Militar de Holguín, se contactó un grupo de doctores en ciencias, másteres, médicos y licenciados en enfermería. Se siguió la metodología referida por P. L. Campistrous y C. C. Rizo, (1998), según la cual se conformó el grupo de expertos y se realizó el análisis estadístico empleando Delfosoft **(Anexo 6)**, para procesar los criterios aportados por ellos. El grupo de expertos fue seleccionado atendiendo a dos criterios:

- La evaluación de las capacidades del experto **(Anexo 7)**.
- Las consideraciones realizadas por cada uno de los expertos sobre su competencia, para lo que se aplicó un instrumento **(Anexo 8)**.

Inicialmente se seleccionaron 15 sujetos que fueron sometidos al primer criterio. Para ello se elaboró el instrumento que incluye la autoevaluación para determinar el coeficiente de conocimiento (Kc) que poseen (**Anexo 9**).

De los profesionales encuestados 12 se encontraron en la categoría entre 0,95 y 0,50. De ellos se decidió considerar a los 10 que obtuvieron un coeficiente de competencia igual o superior a 0,65, atendiendo, además, a su disposición de colaborar con la investigación.

A continuación se calculó el coeficiente de argumentación (Ka), a partir de la consideración del experto sobre el grado de fundamentación de los criterios.

En los expertos seleccionados el valor del coeficiente de competencia estuvo entre 0,95 y 0,65. De ellos 8 clasificaron en la categoría alta, 2 obtuvieron un K de 0,8 (límite entre el nivel medio y alto), por lo que la competencia de los expertos puede considerarse alta.

Es de destacar que el resto de los expertos se movió en un rango entre 0,75 y 0,65, muy superior al límite inferior del nivel medio, por lo que se consideró que los expertos son competentes para emitir sus criterios acerca de la propuesta de implementación de la estrategia para lograr estilos de vida saludables desde Hospital Militar de Holguín.

El coeficiente total del grupo de expertos seleccionado fue de 0,83, considerado alto. Los resultados obtenidos con los valores promedios y el orden de prioridad, de acuerdo a dichos valores, se muestran en el (**Anexo 10**).

Sobre la estrategia para lograr estilos de vida saludables desde el Hospital Militar de Holguín, presentada en la primera ronda, los expertos opinaron, que se hacía necesario explicar los nexos entre las actividades seleccionadas y entre las ciencias Pedagógicas, Psicológicas y el aspecto Sociocultural de forma que se apreciara que no son estáticas las actividades y que el nivel de dependencia en el sistema no es lineal; 6 de ellos que representan el 60% ofrecieron sugerencias de las que se tomaron dos, aquellas de mayor valor para esta investigación.

En la consulta realizada en la segunda ronda, se evidenció un consenso de los expertos sobre la propuesta de la estrategia para lograr estilos de vida saludables desde el Hospital Militar de Holguín, como base para una posible generalización a todo el sistema de salud; refirieron además la utilidad de las etapas o pasos a seguir para el diseño de la estrategia desde las relaciones o nexos que se establecen en él su diseño y aplicación.

Los expertos refirieron que:

- Es indispensable el procedimiento seguido en la estrategia que posibilita que no se dispersen las acciones al no tener otros documentos que entorpecen el buen hacer de estas actividades, estas valoraciones positivas que se expresaron se corroboraron al comparar los límites de categoría de cada una de los ítems que se propusieron, las más favorecidas son: indispensables, muy útil y útil, 8 de los expertos, que representan el 80%, ofrecieron como sugerencia, lograr un eje transversal curricular para la carrera de medicina que integre la prevención de la salud con las disciplinas del ejercicio de la profesión en los tres componentes: laboral, académico e investigativo.
- El contenido a desarrollar se puede presentar en un programa, como expresión formativa en los escenarios de las instituciones de salud, debe fundamentarse en los problemas profesionales de la comunidad (contexto donde se desarrolla la estrategia), así como tener presente las relaciones o nexos entre los procesos, considerados como una regularidad en la prevalencia de enfermedades crónicas prevenibles.
- Después de perfeccionar la estrategia y con la explicación de los nexos correspondientes (segunda ronda) el 100% de ellos manifestaron que coincidían con la manera en que se relacionan las etapas y los componentes de esta.
- La utilidad de las etapas de la estrategia propuesta, que caracterizan a las actividades se consideró indispensable por el 100% de los expertos. Además se obtuvo una valoración de los expertos por cada una de las etapas propuestas con los resultados siguientes:

Etapa I: Diagnóstico del escenario del Hospital Militar de Holguín la Sede Universitaria y la Microuniversidad docente que radican en esta institución donde se desarrollarán los componentes académicos, laborales e investigativos del profesional en formación como médicos y licenciados en enfermería. Además se diagnosticaron los escenarios de consultas médicas y de tratamiento, así como las actividades que se desarrollan fuera de consulta, entendiendo estos como el lugar de trabajo y la familia.

Todos los expertos muestran una coincidencia en valorarlos como indispensables. Se señaló en la primera ronda por parte de cuatro de los expertos que representan el 40%, que se debía considerar en este análisis el papel del médico y del sujeto de atención en las primeras consultas y actividades de orientación que han seguido antes de aplicar la estrategia.

En la segunda ronda se reveló por parte de 6 (el 60%) del total de ellos que todos los componentes personales del proceso de orientación educativa son necesarios y dos que representan 20% que son indispensables mientras que los otros dos dijeron que se pueden enriquecer las acciones manteniendo las mismas actividades y etapas.

Etapa II: Planificación y organización

Con respecto a esta etapa se sugirió, en la primera ronda, por 8 de los expertos que representan el (80%), cambiar el enfoque de los indicadores para la planificación y organización, con el propósito de garantizar una mejor comprensión de la intención de los contenidos de las actividades de la estrategia educativa para lograr estilos de vida saludables.

En esta etapa, 4 el (40%) de los que colaboraron, opinaron que era indispensable la organización pedagógica y psicológica para lograr la orientación y el resto la valoró de muy útil a útil.

Al concluir la primera ronda y después de realizar dos talleres con el colectivo de médicos–docentes del HMM, se determinó analizar el contenido a incluir en la estrategia.

En la segunda ronda:

- Se valoró el nivel de coherencia de las actividades planificadas en la estrategia en función de un estilo de vida saludable y su correspondencia con las demás actividades cotidianas que desarrollan los sujetos de atención, llegando 6 de ellos que representan el 60%, a consenso de que esta etapa es indispensable. El resto de los expertos la catalogaron de muy útil a útil.
- Se analizó la dosificación del tiempo de cada actividad en el desarrollo de las acciones de la estrategia y la ejecución de proyectos, tareas y estudios de casos propios de la profesión, llegaron a consenso 8 de los expertos, el 80% y el resto de estos, el 20%, la valoró entre muy útil a útil.

Después de la reelaboración y presentación en la segunda ronda se determinó que:

- El nivel lógico de los diferentes proyectos, tareas o estudios de casos y actividades propuestas en la estrategia y su relación con la vida cotidiana deben constituir el contenido de un programa que se debe diseñar en el futuro y que quedará como una recomendación para que se incluya como una asignatura en el currículo optativo o propio de la carrera de medicina.
- La relación entre las actividades y los estudios de casos propuestos deben seguir una lógica y una sistematización.

Etapas III

Ejecución de la estrategia para lograr estilos de vida saludables desde el Hospital Militar de Holguín.

En la primera ronda se ofreció a los expertos la propuesta de la estrategia y un documento como guía donde se expresó textualmente los objetivos y las actividades con sus acciones, para que los profesionales que aplicarían las mismas, tuvieran por donde guiarse.

Esta manera de presentación de la etapa III en su primera ronda no fue aceptada, expresando los expertos, 8 de ellos (el 80%) dijeron que el contenido de la estrategia está claro y preciso que no hace falta otro documento adjunto, por lo que no se tuvo en cuenta en la propuesta final. Los expertos coinciden en que la estrategia debe ser aplicada sistemáticamente y no por un tiempo determinado sino de por vida en

algunos casos que lo requieran y en otros hasta que aprendan a convivir con la enfermedad o hasta que aprendan a prevenir las mismas cuando son proclives o poseen predisposición a padecer una enfermedad crónica.

➤ **Evaluación de la aplicación de la estrategia de orientación para desarrollar estilos de vida saludables a pacientes diagnosticados con enfermedades crónicas desde el Hospital Militar de Holguín.**

Para esta etapa en la primera ronda, solo se presentó como una propuesta la evaluación de las condiciones materiales y de las características del Hospital Militar de Holguín para diseñar y aplicar la estrategia que para ese entonces se tenía ideada, se recibió la sugerencia de incluir en el diagnóstico permanente la capacitación de los médicos-docentes o personal de enfermería que desarrollarían la estrategia, así como de todos aquellos que influyen en el comportamiento de los sujetos en su actuar en la sociedad.

Después de incluir estos aspectos en la segunda ronda y someterla a consideración de los expertos (100%) de ellos, coincidieron en clasificarla como indispensable (**Anexo 10**), además se emitió el criterio de lograr el carácter sistemático de la evaluación durante el proceso de aplicación de la estrategia. Esta sugerencia se consideró indispensable por parte de la autora para el perfeccionamiento de la misma.

- Control de la efectividad de las actividades a desarrollar en la estrategia de orientación para desarrollar estilos de vida saludables a pacientes diagnosticados con enfermedades crónicas desde el Hospital Militar de Holguín.
- Los expertos coincidieron desde la primera ronda en la necesaria retroalimentación del análisis de todas las etapas de la estrategia y en su perfeccionamiento permanente, el (80%), consideró que es indispensable y dos de ellos que se encuentra entre muy útil a útil.

En la primera ronda se recomendó modificar la redacción de los indicadores para evaluar la aplicación de la estrategia con medios informáticos, es decir, llenando bases de datos, para el registro de las experiencias en los escenarios y las consultas

médicas o durante la aplicación de las actividades, se consideró que no era necesario, siempre que el personal trabaje de forma sistemática con los pacientes o sujetos de atención, así como la solución de los problemas detectados en los diferentes escenarios sin tener que acudir a métodos burocráticos que hagan perder la esencia de las actividades.

Luego de una valoración y socialización con los expertos en la segunda ronda, se realizó la elaboración final de la estrategia y se hizo necesario:

- Declarar los objetivos para cada etapa. Todos los expertos (el 100%), coinciden en que es indispensable formar la conciencia en los sujetos que aplican la estrategia y en los sujetos que son atendidos.

De las preguntas que se desarrollaron en busca de consenso en el proceso de evaluación o realimentación, coincidieron los 10 expertos, que significaron (el 100%) en que esta etapa no se debía denominar retroalimentación como se propuso en la primera ronda, dado a que durante todo el proceso que se desarrolla en la aplicación de la estrategia se ejecutan acciones de retroalimentación. Las sugerencias estuvieron sustentadas en que por la lógica seguida en este proceso, esta fase debe denominarse: **Evaluación de la estrategia.**

Todas estas recomendaciones permitieron perfeccionar la estrategia para lograr estilos de vida saludables desde el Hospital Militar de Holguín.

El 100% de los expertos opinó que la estrategia es coherente y además que su aplicación propicia la formación de una conciencia de prevención de enfermedades crónicas en los sujetos.

Conclusiones del Capítulo II

En la contextualización de la estrategia, se requiere de la integración de acciones que permitan el desempeño de las funciones profesionales que deben cumplir los encargados de aplicar la estrategia por lo que es necesario la vinculación con la comunidad y en especial con la familia de los sujetos de atención para entender bien el contexto donde se desarrollan, así como las actividades que devienen del centro

de trabajo o estudio y en el caso que estos no estén vinculados a estos menesteres al lugar donde pasan la mayor cantidad de tiempo.

La planificación de las actividades y acciones en la estrategia para orientar estilos de vida saludables, deben responder al diagnóstico y atender las necesidades en correspondencia con las carencias y las potencialidades que se infieren de esta etapa, es decir, planificar acciones que contribuyan a la concreción de la orientación en el desarrollo de modos de actuación en los sujetos.

En la ejecución de la estrategia se requiere que las acciones lleven al sujeto, desde el contenido de la actividad que recibe y participa, hasta profundizar en el conocimiento de la enfermedad y además cómo salir de ella, en caso posible. Así mismo se busca ofrecer como prevención las vías para no enfermar.

CONCLUSIONES GENERALES

En el diseño y aplicación de la estrategia de orientación educativa para lograr estilos de vida saludables se deben considerar los indicadores para evaluar la aplicación de las acciones con recursos informáticos, es decir, llenando bases de datos, para el registro de las experiencias en los escenarios y las consultas médicas o durante la aplicación de las actividades.

La autora considera que es necesario que el personal de la salud trabaje de forma sistemática con los pacientes o sujetos de atención, así como en la solución de los problemas detectados en los diferentes escenarios, sin tener que acudir a métodos burocráticos que hagan perder la esencia de las actividades.

La aplicación de la estrategia de orientación educativa posibilita que no se dispersen las acciones a desarrollar por el personal de la salud, al no tener otros documentos que entorpecen el buen hacer de estas actividades.

En la aplicación de la estrategia de orientación educativa se requiere que las acciones lleven al sujeto, desde el contenido de la actividad que recibe al conocimiento de la enfermedad que debe prevenir o que padece y además cómo salir de ella.

RECOMENDACIONES

La autora considera que deben aplicarse las acciones y actividades de la estrategia propuesta en los niveles primarios de atención a la salud con la finalidad de orientar la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles en los sujetos.

La orientación educativa de estilos de vida saludables debe incorporarse a la cultura de las nuevas generaciones, atendiendo a los hábitos alimentarios y los ejercicios físicos; así como la divulgación de las acciones de detección temprana y cultura sobre las enfermedades crónicas no transmisibles.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Álvarez de Zayas, C. M. y Sierra, V. M. (1997). *La investigación científica en la sociedad del conocimiento*. Documento en soporte digital. La Habana.
- 2- Arias, H. A. (1991). *Estudio de la capacidad de anticipación en pacientes hipertensos*. Diseño de investigación. La Habana: CIPS.
- 3- Arias, H. A. (1994). *El problema de la relación personalidad sujeto en la psicología*. La Habana: CIPS.
- 4- Arias, H. A. (1998). *El problema de la anticipación en psicología*. Córdoba: Servicio de Publicaciones.
- 5- Bisquerra, R. (2005). Marco Conceptual de la Orientación Psicopedagógica. *Revista Mexicana de Orientación Educativa*, no. 6, julio – octubre, pp. 3-5. México.
- 6- Bisquerra, R. (2007). *Orientación y tutoría*. Disponible en <http://www.ice.urv.es/>.
- 7- Bisquerra, R. (Coord.). (1996). *Modelos de orientación e intervención psicopedagógica*. Barcelona: Praxis.
- 8- Blanco, A. y Recarey, S. (2003). *La profesionalización del maestro desde sus funciones fundamentales, algunos apuntes para su comprensión*. Documento en soporte digital. La Habana.
- 9- Braunwald, E. (Comp.); Blengio, J. I. (Trad.); García, C. (Trad.); Palacios, R. (Trad.); Pérez, A. M. (Trad.). (1999). *Tratado de cardiología*. México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana.
- 10- Butenko, A. (1981). El modo de vida, el contenido del problema y las cuestiones no resueltas. *Problemas del mundo contemporáneo*, 80, pp.13-18.
- 11- Cajide, J. (1992). Diseño y técnicas de evaluación de estrategias de enseñanza-aprendizaje: algunas consideraciones. *Revista Española de Pedagogía*, 50(191), pp.101-112.
- 12- Calviño, M. A. (2000). *Orientación psicológica*. La Habana: Científico Técnica.
- 13- Calviño, M. (2005). *Orientación psicológica: esquema referencial de alternativa múltiple*. La Habana: Félix Varela.

- 14- Campistrous, L. y Rizo, C. (1998). *Indicadores e Investigación Educativa*. ICCP, La Habana.
- 15-Castellanos, B. (1998). *El paradigma interpretativo en la investigación educativa*. Documento en soporte digital. Instituto Superior Pedagógico Enrique José Varona, La Habana.
- 16-Colás, P. y Buendía, L. (1994). *Investigación educativa*. Sevilla: Alfar.
- 17-Collazo, B. y Puentes, M. (1992). *La orientación en la actividad pedagógica: el maestro, un orientador*. La Habana: Pueblo y Educación.
- 18-Cuba. Ministerio de Educación. (2004). *Proyecto política de información* (Versión 1). Material mimeografiado. La Habana.
- 19-Cubela, J. (2005). *Modelo pedagógico de la orientación educativa personalizada del maestro al escolar*. Tesis Doctoral. Santiago de Cuba.
- 20-De Armas, N. (2003). *Caracterización y diseño de los resultados científicos como aportes de la investigación educativa*. Curso preevento. Congreso Internacional Pedagogía. La Habana.
- 21-Del Pino, J. (1998). *La orientación profesional en los inicios de la formación superior -pedagógica: una perspectiva desde el enfoque problematizador*. Tesis Doctoral. La Habana.
- 22-Del Pino, J. y Recarey, S. (2006). *La orientación educacional y la facilitación del desarrollo desde el rol profesional del maestro*. Material Básico de la Maestría en Ciencias de la Educación. La Habana.
- 23-Del Toro, M. (2002). *La concepción didáctica de las estrategias de aprendizaje de orientación psicológica en la disciplina integradora Práctica Laboral Integral de la carrera de Psicología*. Tesis Doctoral. Centro de Estudios de la Educación Superior Manuel F. Gran, Universidad de Oriente, Santiago de Cuba.
- 24-Feria, D. O. (2011). *Concepción de orientación a familias multigeneracionales para aprender a convivir con personas ancianas y favorecer el valor Familia en los adolescentes de la Secundaria Básica*. Tesis Doctoral. Universidad de Ciencias Pedagógicas José de la Luz y Caballero, Holguín.

- 25-Gainza, M. y Kerton, L.A. (jul.-sep, 2012). Metodología para la implementación de proyectos educativos socioculturales desde la extensión universitaria. *EduSol*, 12(40), pp.66-77. Disponible en www.revistaedusol.rimed.cu
- 26-García, A. (2001). *Programa de orientación familiar para la educación sexual de adolescentes*. Tesis Doctoral. Instituto Superior Pedagógico José de la Luz y Caballero, Holguín.
- 27-García, A. (2005). *Métodos educativos y de orientación psicológica*. Manual para el trabajo educativo en las Instituciones Superiores Pedagógicas. Holguín. Instituto Superior Pedagógico José de la Luz y Caballero, Holguín.
- 28-García, A. (2010). Concepción de orientación familiar en Cuba. En A.R. Padrón y A. Fernández. (Comp.). *Orientación Educativa*. Parte II. La Habana: Pueblo y Educación.
- 29-García, A. (2011). *Concepción de orientación familiar en Cuba*. La Habana: Pueblo y Educación.
- 30-García, A. (2014). *Acercamiento a los fundamentos de la función orientadora de psicopedagogos*. Material docente. Universidad de Ciencias Pedagógicas José de la Luz y Caballero, Holguín.
- 31-García, A.; López, F.; Pérez, R.; Medina, E. y Ramírez, A. M. (2015). *Material docente básico*. Maestría en Orientación Educativa. Universidad de Holguín.
- 32-Goldman, M.D. (2013). *Cecil y Goldman: Tratado de medicina interna* España: Elsevier S.A.
- 33-Gómez, M. A. (2005). *Operativización de los estilos de vida mediante la distribución del tiempo en personas mayores de cincuenta años*. Tesis Doctoral. Universidad de Granada, España.
- 34-González, F. (1989). *La personalidad: su educación y desarrollo*. La Habana: Pueblo y Educación.
- 35-González, J. (2003). *La orientación educativa y su reconceptualización en los tiempos actuales*. Ponencia presentada en el Fórum Iberoamericano sobre Orientación Educativa. Las Tunas.

- 36-González, J. (2007). La reconceptualización de la orientación educativa: una necesidad impostergable, urgente, prioritaria. *Revista Mexicana de Orientación Educativa*, 11, marzo – junio. México.
- 37-González, L. (sep.-dic. 2004).Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad. *Revista Cubana Estomatología*, 41(3). Ciudad de La Habana. Disponible en <http://scielo.sld.cu>.
- 38-González, V.(2008). Perspectivas teóricas de la orientación profesional: una visión crítica desde el enfoque histórico-cultural del desarrollo humano. En Recarey, S. C. y Del Pino, J. L., *Texto básico para la asignatura orientación profesional. Carrera Pedagogía Psicología*. Facultad Ciencias de la Educación, pp.32-34. Documento en soporte digital. Instituto Superior Pedagógico Enrique José Varona, La Habana.
- 39-Gordillo, M. (1989). *La orientación en el proceso educativo*. Madrid: Universidad.
- 40-Infante, M. E. (2001). *Estrategia para el tratamiento pedagógico de la poesía de la localidad: experiencias en el nivel preuniversitario en Holguín*. Tesis Doctoral. Instituto Superior Pedagógico José de la Luz y Caballero, Holguín.
- 41-*Informe sobre la salud en el mundo*. (2005). Disponible en www.who.int
- 42-Lanuez, M. y Fernández, E. (1997). *Metodología de la investigación II*. Documento en soporte digital. La Habana.
- 43-Lenin, V. (1987). *Acercas del marxismo*. Moscú: Agencia de Prensa Novósti.
- 44-Lijachov, N. (1975). La educación de la conciencia moral. *Revista Ciencias Sociales*, 3, pp. 18-22.
- 45-Lomov, B. F. (1989). *El problema de la comunicación en la Psicología*. La Habana: Ciencias Sociales.
- 46- López, Y.; Veloso, E.; Herrera, L. F.; Martínez, A. D. (2008). Programa psicoeducativo para la prevención secundaria de la cardiopatía isquémica. *Duazary*, 1er semestre, 5(1).
- 47- Mayo, I. (1999). *Estudio de los constituyentes personológicos del estilo de vida*. Universidad de La Habana.
- 48- Mendis; S.; Fukino, K.; Cameron, A.; Laing, R.; Filipe, J.A.; Khatib O.(2007). The availability and affordability of selected essential medicines for chronic diseases

- in six low- and middle-income countries. *Bulletin of the World Health Organization*. 85(4), pp.279-289.
- 49-Molina, D. (2004). *Concepto de orientación educativa: diversidad y aproximación*. Disponible en <http://www.rieori.org/oe01.htm>. Consultado 13/4/2015.
- 50-Moncada, C. (2004). *Diagnóstico del aprendizaje desarrollador en la orientación educativa*. Ponencia presentada en el Forum internacional de Orientación Educativa. Las Tunas.
- 51-Mora, E. ; Beléndez, M.; Giralt, P. ; Ballester, M. J. ; Zapata, L.(sept.-oct. 2008). Intervención psicoeducativa en niños y adolescentes con diabetes tipo 1. *Avances en Diabetología*, 24(5), pp. 407-413. Disponible en <http://rua.ua.es>.
- 52-Muñoz, A. (2004). *La orientación educativa*. Libro en soporte digital. El Salvador.
- 53-Ortiz, E. y Mariño, M. (1996). *La estrategia pedagógica*. Instituto José de la Luz y Caballero. Documento en soporte digital, Holguín.
- 54- *Orientación educativa*. (2010). La Habana: Pueblo y Educación.
- 55-Palloni, A.; Peláez, M.; Pinto, G. y Arias, E. (2001). *Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE)*. División De Promoción Y Protección De La Salud (HPP) Organización Panamericana de la Salud Washington, D.C. Disponible en <http://envejecimiento.csic.es>.
- 56-Paneque, M. de los A. (2009). *Actividades para la Orientación Profesional hacia las carreras militares desde la biblioteca de la EMCC – Holguín*. Tesis de Maestría. Universidad de Ciencias Pedagógicas José de la Luz y Caballero, Holguín.
- 57-Parras, A. (2009). *Orientación educativa: fundamentos teóricos, modelos institucionales y nuevas perspectivas*. España: Gobierno de España, Ministerio de Educación, Política Social y Deporte, Centro de Investigación y Documentación Educativa.
- 58-Partido Comunista de Cuba. (2011). *Lineamientos de la Política Económica y Social del VI Congreso del PCC*. La Habana.

- 59-Paz, I. (2003). *El colectivo de año en la formación humanista de los estudiantes de las carreras pedagógicas*. Ponencia. Taller Nacional de Ciencia y Conciencia. Universidad de Oriente, Santiago de Cuba.
- 60-Paz, I. (2004). *Una mirada del colectivo de año a los procesos grupales: su incidencia en la formación inicial y continua de los docentes*. Ponencia. V Simposio Internacional Educación y Cultura en Latinoamérica. Instituto Superior Pedagógico Juan Marinello, Matanzas.
- 61-Pérez, R. (2007). *Concepción de orientación educativa para el aprendizaje de la convivencia comunitaria en Secundaria Básica*. Tesis Doctoral. Instituto Superior Pedagógico José de la Luz y Caballero, Holguín.
- 62-Recarey S. (1998). *La estructura de la función orientadora del maestro*. Documento en soporte digital. Facultad de Ciencias de la Educación. Instituto Superior Pedagógico Enrique José Varona, La Habana.
- 63-Recarey, S. (2004). *La función orientadora del maestro y la preparación para su cumplimiento en la formación inicial del Profesor General Integral*. Ponencia presentada en el Forum Iberoamericano sobre orientación educativa. Las Tunas.
- 64-Repetto, E. (1987). *Teoría y procesos de Orientación*. Universidad Nacional de Educación a Distancia de Madrid, España.
- 65-Repetto, E. (2006). *La orientación para el desarrollo profesional a lo largo de toda la vida*. Disponible en <http://www.cepalcala.org>. Consultado 13/4/2015.
- 66-Rodríguez, S.; Álvarez, M.; Echeverría, B. y Marín, M. A. (1993). *Teoría y Práctica de la Orientación Educativa*. Barcelona: PPU.
- 67-Rojas, R. (1999). *Sociodrama real en el aula*. México, D. F.: Plaza y Valdés.
- 68-Rodríguez, T. (2012). Factores emocionales en el abordaje de las enfermedades cardiovasculares. Valoración actualizada desde la Psicocardiología. *Finlay. Revista de enfermedades no transmisibles*,2(3).pp.202-214. Disponible en <http://revfinlay.sld.cu>.
- 69-Sanchiz, M. L. (s.f). *Modelos de orientación e intervención psicopedagógica*. Universitat Jaume. Documento en soporte digital. España.
- 70-*Selección de lecturas de Metodología de la Investigación Educativa*. (2009). La Habana: Pueblo y Educación.

- 71- Selye, H. The stress concept: past, present and future. En Cooper, C.L., Stress research: issues for the eighties. Chichester: John Wiley & Sons.
- 72- Shorojova, O. (1980). *Problemas teóricos del estudio de la personalidad*. Ciudad de la Habana: Orbe.
- 73-Sierra, R. (2008). *La Estrategia pedagógica, su diseño e implementación*. La Habana: Pueblo y Educación.
- 74-Suárez, C. (1999). *La orientación educativa en el proceso de enseñanza aprendizaje*. Documento en soporte digital. Santiago de Cuba.
- 75-Suárez, C. y Toro, M del. (1999). *La orientación educativa en el proceso de enseñanza aprendizaje*. Material docente de la Maestría en Ciencias de la Educación. Universidad de Oriente, Santiago de Cuba.
- 76-Torroella, G. (2010). Educación y orientación como preparación del hombre para la vida. En *Orientación Educativa*, pp.1-10. La Habana: Pueblo y Educación.
- 77-Vélaz de Medrano, U. (1998). *Orientación e Intervención Psicopedagógica. Conceptos, Modelos, Programas y Evaluación*. Málaga: Aljibe.
- 78-Venet, R. (2003). *Estrategia educativa para la formación ciudadana de los escolares del primer ciclo desde la relación escuela comunidad*. Tesis Doctoral. Santiago de Cuba.
- 79-Vigostki, L. S. (1989). *Obras completas*. La Habana: Pueblo y Educación.

ANEXOS

ANEXO 1. CARACTERIZACIÓN DEL HOSPITAL MILITAR DE HOLGUÍN

El Hospital Militar de Holguín ostenta la categoría de Hospital Militar Clínico Quirúrgico Docente y ofrece servicios médico - asistenciales en 19 especialidades, que se agrupan estructuralmente en 13 servicios – salas y departamentos. La actividad médico - asistencial de la institución se materializa a través de cuatro procesos operacionales: hospitalización, atención al grave y urgencia, medios diagnósticos y atención ambulatoria. Ellos sirven, a su vez, de escenarios para el desarrollo de los procesos en que se concreta la actividad docente de la institución.

Se subordina administrativamente a la jefatura de Logística del Ejército Oriental y metodológicamente a la Sección de Servicios Médicos del referido Ejército. Brinda atención médica especializada, a un universo de atención que está dislocado en el territorio bajo la jurisdicción de las regiones militares de Holguín y Granma.

Para desarrollar esos procesos el hospital posee los recursos humanos calificados que se requieren y una amplia red de puestos de salud, puestos médicos y hospitales de tropas que brindan la atención primaria en las unidades militares ubicadas en su demarcación.

En su función como institución docente se subordina, en el orden metodológico, a la Universidad de Ciencias Médicas “Mariana Grajales Coello” de Holguín, que es la institución de Educación Superior que acredita las titulaciones de los profesionales en cuya formación de pregrado y postgrado participa el centro.

Su población estudiantil de pregrado y postgrado corresponde a cadetes y estudiantes civiles matriculados en carreras universitarias del grupo de las ciencias médicas y profesionales de la salud (civiles y militares) que se preparan para desempeñarse, o se desempeñan, en dependencias militares y civiles de todo el territorio de su demarcación. Esta constituye una de las características que lo diferencia de las sedes universitarias municipales, cuya matrícula está formada con

estudiantes de un municipio dado, o alguna de sus zonas. El Hospital desarrolla también un programa de formación de técnicos medios en enfermería.

En cuanto a la formación de postgrado se desarrolla plenamente el proceso de formación en las especialidades de Medicina General Integral Militar, Estomatología General Integral y Medicina Tradicional y Natural. Asimismo, por las instalaciones del centro rotan cada año, durante un mes, los profesionales (residentes) que forman parte del cuerpo médico del hospital y se forman como especialistas en otras instituciones del sistema nacional de salud. Participa, además, en el desarrollo de varios programas de maestría, a través de la impartición y acreditación de módulos no troncales.

La institución desarrolla acciones de investigación científica, de las que participan los estudiantes de pregrado y postgrado, encaminadas a la solución de problemas relacionados con la complejidad de su actividad como institución militar, médico - asistencial y docente, bajo la normativa establecida por el MINFAR y la Dirección de Ciencia y Técnica del Ejército Oriental que es la encargada de definir las líneas de investigación prioritarias para las fuerzas armadas en el territorio, así como otras que resultan de interés para las FAR en general.

Desde el año 2003 la institución se encuentra en el proceso de implantación de un sistema integrado de calidad, basado en las normas ISO 9001 del año 2008. Para el desarrollo de esta tarea cuenta en su estructura con un Departamento de Calidad.

De la historia de la institución

- Su antecedente primario fue el Puesto Médico de Salud (UM 3584), del antiguo Cuerpo de Ejército de Holguín, puesto en vigor por la directiva 0196 del 25 de diciembre de 1977 del Jefe del Ejército Oriental
- El 21 de abril del 1983, se considera como la fecha de la creación del hospital, al que fue asignada la identificación de UM 9826.
- En el año 2000, por la Orden 497 del Jefe del Ejército Oriental, fue aprobada la actual estructura organizativa y funcional de la institución.

- En el 2001, en el marco de la inauguración de la nueva Unidad de Cuidados Críticos Polivalentes, se informó oficialmente sobre la proposición de “Dr. Fermín Valdez Domínguez”, como nombre para el hospital.

Especialidades en que ofrece servicios médico – asistenciales

<ul style="list-style-type: none"> • Medicina Interna • Cirugía • Dermatología • Ortopedia y Traumatología • Cardiología • Medicina Natural y Tradicional • Ginecología • Urología • Gastroenterología • Anestesia 	<ul style="list-style-type: none"> • Otorrinolaringología • Neurocirugía • Angiología • Medicina Física y Rehabilitación • Estomatología • Higiene y Epidemiología • Terapia Intensiva • Imagenología • Medicina General Integral
--	--

Estructura y funciones de la Vicedirección General Asistencial

- Vice - Director General Asistencial
- Jefe de centro Asistencial
- Jefes de Servicios – salas
- Médicos Especialistas y residentes
- Personal de enfermería y técnicos que participan de la asistencia médica

Funciones:

1. Cumplir lo establecido en el Manual de Organización y Procedimientos (M.O.P.) y la prestación de prevención, asistencia medica e investigaciones relacionadas con la salud de los pacientes y trabajadores de la institución..
2. Perfeccionar el sistema de generalización de los conocimientos y experiencias adquiridas en eventos, cursos, entre otros.
3. Hacer cumplir el plan prospectivo de superación y capacitación de todas las categorías del personal.
4. Viabilizar la actividad de gestión del conocimiento, superación posgraduada y científica.
5. Establecer relaciones sistemáticas de trabajo con la Cátedra de Medicina Militar, la Universidad de Holguín “Oscar Lucero Moya”, la Universidad Médica de Holguín “Mariana Grajales Coello” y la Universidad de Ciencias Pedagógicas de Holguín “José de la Luz y Cabalero”

ANEXO 2. GUÍA METODOLÓGICA PARA EL PERSONAL MÉDICO Y PARAMÉDICO EN FUNCIÓN DE APLICAR LA ESTRATEGIA DE ORIENTACIÓN EDUCATIVA

Documentos que pueden ser objeto de revisión para la recogida de datos sobre los diferentes indicadores:

1. Actas de los consejos de dirección del H.M.E.
2. Actas de reuniones de las organizaciones
3. Defectación de necesidades de los profesionales de la salud que prestan servicios médicos en las instituciones militares del contexto territorial que atiende el H.M.E. de Holguín
4. Documento contentivo del sistema de actividades de prevención de salud.
5. Documento del “Diseño estratégico del H.M.E. de Holguín”
6. Estrategia de trabajo metodológico
7. Estrategias educativas de las carreras
8. Informe de los resultados de la Jornada Científica Anual del H.M.E. de Holguín
9. Informes del cumplimiento de la estrategia de trabajo metodológico
10. Plan trabajo anual del H.M.E. de Holguín
11. Planes de trabajo mensuales de los servicios asistenciales
12. Planes de trabajo mensuales del H.M.E. de Holguín
13. Registro de quejas y sugerencias del H.M.E. de Holguín
14. La historia clínica de los pacientes

Metodología de realización:

Se entregó la documentación 5 días antes de la realización del taller, esta se correspondía con: el procedimiento metodológico e información complementaria contentiva en la estrategia, los principios que orientan teórico – metodológicamente y que sirven de pauta a todo el proceso orientador, los instrumentos para la recogida de

datos, que se discutió por grupos antes de realización del taller, de manera que el nivel de comprensión fuera mayor a la hora de realizar este. Posteriormente, durante la realización del mismo, se explicó la información del procedimiento metodológico, se comunicó el cronograma de realización de la experiencia con la definición de responsabilidades individuales, se realizaron los cambios pertinentes para hacerlo más funcional y finalmente, se respondieron las dudas e inquietudes de los miembros que participaron en el taller de capacitación. Se dio por concluido tras dos horas de debate intensos, hasta agotar todas las dudas.

ANEXO 3.

GUÍA DE ENTREVISTA A PACIENTES

Se está desarrollando una investigación sobre la aplicación de una estrategia para lograr estilos de vida saludables *en el Hospital Militar de Holguín*.

Por favor, responda las preguntas que se le formulan a UD y agregue los comentarios que crea pertinentes. Tenga la seguridad de que se le agradece su colaboración.

1. ¿Considera UD. que las potencialidades de la medicina cubana son suficientes para realizar acciones dirigidas a preservar la salud?

2. ¿Considera Ud. que está lo suficientemente sensibilizado con las causas y las manifestaciones de la enfermedad que sufre?

3. ¿Es adecuada la secuencia de las acciones para mantener un estilo de vida saludable, cuáles son las que se desarrollan en la institución para este fin?

4. ¿Considera Ud. que el vínculo afectivo con su médico de cabecera es lo suficientemente bueno, para manifestarle sus problemas de salud?

5. ¿Cuál es el nivel de implicación del personal en las actividades para mejorar los estilos de vida y prevenir enfermedades crónicas no transmisibles?

6. ¿Cuál es la satisfacción del paciente ante las acciones que se dirigen a prevenir las enfermedades?

ANEXO 4. CUESTIONARIO DE LA ENCUESTA APLICADA A PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR DE HOLGUÍN.

ENCUESTA

Se está desarrollando una investigación para conocer las potencialidades existentes para la orientación educativa de estilos de vida saludables en el *Hospital Militar de Holguín*. La autora desea que preste su cooperación con el aporte de datos que pueden ser útiles en la caracterización y el cumplimiento de esta investigación.

Por favor, marque las respuestas que UD considere adecuadas y agregue los comentarios que crea pertinentes. Tenga la seguridad de que se le agradece su colaboración.

PREGUNTAS:

Por favor marque la opción que UD considere más adecuada.

1. ¿Conoce UD. si en nuestro hospital se desarrolla una estrategia para orientar los etilos de vida saludables?

Comentario: La mayoría de los encuestados (82%) no reconoce la existencia de una estrategia para lograr estilos de vida saludables en el Hospital Militar de Holguín.

2. Las acciones que se desarrollan responden a una estrategia o guía que contribuya a mejorar los estilos de vida saludables a partir de:

Acciones dirigidas específicamente a este propósito: 41 (45%)

Los datos e información que se obtienen a través de otros procesos dirigidos a la valoración y el control de la actividad asistencial: 50 (55%)

Comentario: La mayoría de los encuestados (55%), no identifican la existencia de una estrategia en el hospital, como un proceso específico e independiente dirigido a ese propósito.

3. ¿Con qué periodicidad se desarrolla este proceso orientador?

R/ anual: 58, semestral: 37, cada dos años: 5, otra: 0 ¿cuál?: 1, desconozco: 12

Comentario: La mayoría de los encuestados (63.7%) reconocen que la evaluación institucional en el H.M.H. tiene un periodicidad anual, y un por ciento menor (13.1%) responde que desconoce la periodicidad de dicha evaluación.

4 ¿Las acciones o actividades se basan en alguna normativa, documento, lineamiento o metodología?

R/ sí: _____, no: _____, desconozco: _____

En caso de responder afirmativamente diga ¿cuál? _____.

5. De los métodos fundamentales que se utilizan en la recogida de datos para la orientación de estilos de vida saludables, diga, ¿cuál o cuáles se usa(n) en el hospital?

La observación:

Análisis de la documentación:

Las entrevistas:

Los cuestionarios:

Otro(s) _____ Cuál(es) _____

6. La calidad de las actividades que se desarrollan y la frecuencia está en función de las enfermedades a prevenir.

1. La actividad de orientación de estilos de vida saludables que desarrolla la institución nunca es evaluada en el 46.1% de las veces y ocasionalmente en el 39.5% de las veces, según los encuestados.

2. Las actividades de vinculación de los programas de formación con el entorno social en que se ubica la institución, según la respuesta de los encuestados nunca se evalúa en el 62.6% de las veces y ocasionalmente en el 30.7%, respectivamente.

ANEXO 5. TABLA DE VALORACIÓN DE LA ETAPA DE EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ORIENTACION EDUCATIVA PARA LOGRAR ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

ASPECTOS	C1	C2	C3	C4	SUMA	Promedio	N - Prom.
Del proceso Diagnóstico	0,52	1,5	3,49	3,49	9	2,25	0,08
Fase A	0,43	1,28	3,49	3,49	8,69	2,17	0,16
Fase B Fase C	0,52	1,5	3,49	3,49	9	2,25	0,08
Proceso de planificación	0,52	1,5	3,49	3,49	9	2,25	0,08
Fase A	0,34	1,83	3,49	3,49	9,15	2,29	0,04
Fase B	0,17	1,83	3,49	3,49	8,98	2,25	0,08
Fase C	0,43	1,83	3,49	3,49	9,24	2,31	0,02
Proceso de aplicación	0,62	1,83	3,49	3,49	9,43	2,36	-0,03
Fase A	0,52	1,5	3,49	3,49	9	2,25	0,08
Fase B	0,34	3,49	3,49	3,49	10,81	2,7	-0,37
Fase C	0,25	3,49	3,49	3,49	10,72	2,68	-0,35
Suma	5,18	23,08	41,88	41,88	112,02	28,01	
Punto de corte	0,43	1,92	3,49	3,49		2,33	= N

Leyenda:

1. Del proceso diagnóstico:

Fase A. Problema a resolver

Fase B. Objetivo General

2. Del proceso de planificación

Fase A. Contextualización de actividades

Fase B. Sensibilización y socialización

Fase C Orientar actividades

3. Del proceso de aplicación

Fase A. Diagnóstico del sujeto

Fase B. Planificación de acciones mejoras

Fase C. Ejecución de acciones

ANEXO 6

CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE LOS SUJETOS QUE PARTICIPAN DE LA INVESTIGACIÓN

Asunto: consentimiento informado.

Se autoriza a la realización de esta investigación, con el propósito de realizar la orientación educativa a pacientes diagnosticados con enfermedades crónicas, para favorecer estilos de vida saludables. Se me ha informado que no se revelaran datos de mi identidad y que la información derivada de este estudio se le dará un tratamiento ético, bajo los estándares internacionalmente aceptados en la práctica médica, con rigor científico y dentro de las normas establecidas.

Se libera a la institución de la responsabilidad de las consecuencias derivadas de este estudio.

Nombre y apellidos del paciente:

Firma: _____

ANEXO 6. DATOS DE LOS EXPERTOS CONSULTADOS (CONTINUACIÓN)

Exper- to	Centro de Trabajo	Cargo	Organis- mo	Formación Académica	Categoría Docente	Experiencia en Años
1	Universidad Holguín	Asesor	MES	Doctor y Máster	Titular	Doc. -32, Educ. Sup. 32
2	Ejercito Oriental	Jefe	FAR	Máster	Asistente	Mil. 27, Direcc. 11, Educ. Sup. 27
3	UCP José de la Luz	Profesor	MINED	Doctor	Auxiliar	Doc. 12, Educ. Sup. 12
4	UCP José de la Luz	Profesor	MINED	Doctor y Máster	Titular	Doc. 36, Direcc. 26, Educ. Sup. 26
5	UCP José de la Luz	Profesor	MINED	Doctor	Titular	Doc. 24, Educ. Sup. 24
6	UCP José de la Luz	Profesor	MINED	Doctor	Auxiliar	Doc. 13, Direcc. 12, Educ. Sup. 10
7	UCP José de la Luz	Asesor	MINED	Máster	Auxiliar	Doc. 44, Direcc. 25, Educ. Sup. 10
8	UCP José de la Luz	Decano	MINED	Máster y Doctor	Titular	Doc. 30, Direcc. 5, Educ. Sup. 30
9	UCP José de la Luz	Jefe Dpto.	MINED	Doctor y Máster	Auxiliar	Doc. 41, Direcc. 38, Educ. Sup. 13
10	H.M.E. de Holguín	Jefe Proceso	FAR	Máster	Auxiliar	Mil. 16, Doc. 15, Direcc. 5, Educ. Sup. 15
11	H.M.E. de Holguín	Jefe Calidad	FAR	Máster	Instructor	Mil. 31, Doc. 8, Direcc. 21, Educ. Sup. 8
12	UCP José de la Luz	Profesor	MINED	Doctor y Máster	Asistente	Doc. 30, Direcc. 2, Educ. Sup. 11
13	UCP José de la Luz	Profesor	MINED	Doctor y Máster	Auxiliar	Doc. 24, Direcc.14, Educ. Sup.14
14	UCP José de la Luz	Jefe Dpto.	MINED	Doctor y Máster	Auxiliar	Doc. 15, Direcc. 5, Educ. Sup. 15
15	UCP José de la Luz	Profesor	MINED	Doctor	Asistente	Doc. 23, Direcc. 18, Educ. Sup. 14

16	UCP José de la Luz	Jefe Dpto.	MINED	Doctor Y Máster	Asistente	Doc. 22, Educ. Sup. 22
17	H.M.E. de Holguín	Jefe de Proceso	FAR	Máster y Doctor	Auxiliar	Doc. 18, Direcc. 20, Educ. Sup. 10, Milit. 32
18	Estado Mayor EO.	Jefe de C y T	FAR	Máster y Doctor	Titular	Milit. 28, Doc. 16, Direcc. 25
19	H.M.E. de Holguín	Jefe Proceso	FAR	Máster	Asistente	Milit. 20, Doc. 10, Educ. Sup. 20
20	H.M.E. de Holguín	Jefe de Serv.	FAR	Doctor	Auxiliar	Milit. 16, Doc. 6, Direcc. 10, Educ. Sup. 6
21	Universidad Holguín	Profesor Inv.	MES	Doctor	Titular	Doc. 15, Educ. Sup. 15
22	Universidad Holguín	Asesor Post.	MES	Máster y Doctor	Titular	Doc. 25, Direcc. 24, Educ. Sup. 24
23	ICCP	Investigador	MINED	Doctor	Titular	Doc. 30, Direcc. 10, Educ. Sup. 18
24	Direcc. Prov. Educ.	Jefe	MINED	Máster y Doctor	Auxiliar	Doc. 14, Direcc. 7, Educ. Sup. 14
25	Estado Mayor EO.	2do Jefe	FAR	Máster	Asistente	Milit. 19, Direcc. 17, Doc. 8
26	H.M.H.	Profesor	FAR	Máster	Asistente	Milit. 18, Doc. 13, Educ. Sup. 18
27	H.M.Santiago de Cuba	Jefe	FAR	Máster y Doctor	Auxiliar	Doc. 25, Direcc. 24, Educ. Sup. 24, Milit. 26

Expe rto	Centro de Trabajo	Cargo	Organi sno	Formación Académica	Categoría Docente	Experiencia en Años
28	Universidad Holguín	Jefe Dpto.	MES	Máster y Doctor	Titular	Doc. 25, Direcc. 24, Educ. Sup. 24
29	UCP José de la Luz	Jefe Dpto.	MINED	Doctor	Auxiliar	Direcc. 13, Doc. 12, Educ. Sup. 16
30	Universidad Méd. Holguín	Jefe Cátedra	FAR-MES	Doctor	Titular	Direcc. 19, Doc. 15, Educ. Sup. 23, Milit. 24

ANEXO 7. SELECCIÓN DE EXPERTOS

El grupo de expertos fue seleccionado atendiendo a dos criterios:

- Las consideraciones realizadas por cada uno de los expertos sobre su competencia.
- La evaluación de las capacidades del experto.

Inicialmente se seleccionaron 33 sujetos que fueron sometidos al primer criterio. Para ello se elaboró el instrumento (Anexo 8) que incluye la autoevaluación para determinar el coeficiente de conocimiento (K_c) que poseen. Los resultados obtenidos se muestran en el (Anexo 9), donde se recogen los valores promedios y el orden de prioridad de acuerdo a dichos valores.

Para determinar el coeficiente de conocimiento K_c se multiplica el promedio del valor obtenido por cada experto por 0,1 para llevarlo a una escala de 0 a 1.

De los profesionales encuestados 29 se encuentran en la categoría entre 0,95 y 0,50. De ellos se decidió considerar a los que obtuvieron un coeficiente de competencia igual o superior a 0,65, atendiendo, además, a su disposición de colaborar con la investigación.

A continuación se calcula el coeficiente de argumentación (K_a) a partir de la consideración que hace el propio experto del grado de fundamentación de los criterios. (Anexo 11).

Para determinar el coeficiente de competencia (K) del experto se emplea la siguiente expresión:

$$K = 1/2 (K_c + K_a)$$

Los resultados se aprecian en el Anexo 9.

Como condición para la selección se plantea que:

- Si $0,8 \leq K \leq 1$, entonces el coeficiente es alto.
- Si $0,5 \leq K \leq 0,8$, el coeficiente de competencia es medio.
- Si $K \leq 0,5$, el coeficiente es bajo.

En los expertos seleccionados el valor del coeficiente de competencia está entre 0,95 y 0,65. De ellos, 14 se clasifican en la categoría alta, 5 poseen un K de 0,8 (límite entre el nivel medio y alto), por lo que el promedio total de competencia de los expertos puede considerarse alto. Es de destacar que el resto de los expertos se mueve en un rango entre 0,75 y 0,65, muy superior al límite inferior del nivel medio, por lo que se considera que los expertos son competentes para emitir sus criterios acerca de la propuesta del proceso de diagnóstico, proceso de planificación, de proceso de aplicación y sus fases correspondientes. El coeficiente total del grupo de expertos seleccionado es de 0,83, considerado alto. (Anexo 9).

- Determinación de los puntos de corte.

Los puntos de corte indican la pertinencia de cada uno de los procesos de la estrategia y de sus fases correspondientes, al quedar ubicadas en un rango determinado, que limita una categoría o clasificación de otra. (Anexo 10)

De acuerdo con el análisis anterior los expertos aceptan la estrategia de orientación educativa para desarrollar estilos de vida saludables, que incluye el proceso de diagnóstico, de planificación y de ejecución y sus fases correspondientes, al quedar clasificado en la categoría C 1 (Indispensable) correspondientes al punto de corte de 0 hasta 2,12;. (Anexo 10). Se acepta la propuesta.

ANEXO 8. CUESTIONARIOS PARA DETERMINAR EL COEFICIENTE DE COMPETENCIA DE LOS EXPERTOS

Compañero:

Como producto de la investigación que se está llevando a cabo una investigación sobre la aplicación de una estrategia para favorecer estilos de vida sanos resultaría muy importante su criterio acerca de la pertinencia de lo propuesto por el autor para lograr este empeño, así como sus propuestas al respecto. ¡Gracias!.

Datos generales.

Nombre y apellidos. _____

Cargo: _____

Título universitario que posee: _____ Años de experiencia docente: _____ Marque con una cruz el nivel académico o científico alcanzado:

Doctor: ___ Máster: ___ Prof. Titular: ___ Prof. Aux.: ___ Asistente: ___

Enfermera o enfermero ___ Doctor en medicina ___ Técnico de la salud _____

I.- Marque con una X en la escala que se le ofrece el correspondiente grado de dominio que usted considera poseer sobre esta temática. Tenga en cuenta que 10 es el máximo y 0 el mínimo.

E S C A L A

— — — — — — — — — — — —
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

II.- Realice una autovaloración del grado de influencia que cada una de las fuentes relacionadas a continuación, han tenido en su conocimiento acerca de la aplicación de una estrategia para lograr estilos de vida saludables en el HMH. Marque con una (X) según corresponda en alto, medio o bajo.

Grado de influencia de cada una de las fuentes

Fuentes de argumentación	Alto	Medio	Bajo
Análisis teóricos realizadas por usted.			
Su experiencia			
Trabajos de autores nacionales			
Trabajos de autores extranjeros			
Su conocimiento acerca de la variable en el extranjero			
En su intuición			

ANEXO 9. COEFICIENTES DE COMPETENCIA OBTENIDOS POR LOS EXPERTOS SELECCIONADOS.

Experto No.	Coficiente de Competencia (kc)
1	1.0
2	0.85
3	0.8
4	1.0
5	0.8
6	0.75
7	0.85
8	0.8
9	0.95
10	0.75
11	0.75
12	0.85
13	0.9
14	0.85
15	0.8
16	0.75
17	0.75
18	0.9
19	0.75

Experto No.	Coeficiente de Competencia (kc)
20	0.75
21	0.9
22	0.8
23	0.85
24	0.75
25	0.9
26	0.8
27	0.85
28	0.8
29	0.9
30	0.85
Promedio general	0.83

ANEXO 10. ENCUESTA A EXPERTOS

Encuesta para determinar el criterio de los expertos respecto a la propuesta de una estrategia para lograr estilos de vida saludables en el HMM.

Compañero: _____

Usted ha sido escogido como experto para valorar la pertinencia de la estrategia propuesta para lograr estilos de vida saludables. Es necesaria su cooperación para recoger criterios al respecto, así como de todas aquellas sugerencias y propuestas que considere deba añadir.

- I. Señale con una (X) la categoría que a su juicio le corresponde a cada una de los aspectos que se relacionan a continuación, según la jerarquía en su utilización.

Las categorías son las siguientes:

- C1 Indispensable para mejorar los estilos de vida.
- C2 Muy útil para para mejorar los estilos de vida.
- C3 Útil para para mejorar los estilos de vida.
- C4 Quizás sea útil para la para mejorar los estilos de vida.
- C5 No aporta nada para mejorar los estilos de vida.

A CONSIDERAR POR EXPERTOS	<u>C1</u>	<u>C2</u>	<u>C3</u>	<u>C4</u>	<u>C5</u>	TOTAL
Aspecto 1 (Primera etapa)	25	0	0	0	0	25
Aspecto 2 (Segunda etapa)	20	2	3	0	0	25
Aspecto 3 (Tercera etapa)	24	1	0	0	0	25
Aspecto 4 (Cuarta etapa)	25	0	0	0	0	25
Aspecto 5 (Quinta etapa)	23	1	1	0	0	25

II.- Si usted considera proponer otro aspecto, por favor, relaciónelo al final de la lista, conociendo que estos se concretarán en el resultado de esta investigación.

¡Gracias por su colaboración!.