

Efectividad de intervención de enfermería en hábitos de vida saludable desde el modelo de Nola Pender

Ruth Díaz-Sánchez, Dolly Arias-Torres.

Grupo de Investigación Cuidar "A". Universidad Surcolombiana, Neiva, Huila, Colombia.

Resumen

Fundamentos: Los comportamientos y hábitos que forman el estilo de vida se adquieren desde el hogar, por esta razón es importante la promoción de hábitos de vida saludable interviniendo desde las familias. Se propuso evaluar la efectividad de un Programa de Intervención de Enfermería en Salud Familiar en Hábitos de Vida Saludable, basado en el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender.

Métodos: Muestra estuvo conformada por 64 familias, escogidas en un muestreo por conglomerados, estudio cuasi-experimental, con mediciones pre-test y post-test, se aplicó una ficha sociodemográfica y el HPLP II, para evaluar los estilos de vida. Se realizó una evaluación diagnóstica, luego se diseñó e implementó el programa de intervención, en la tercera fase se realizó el post test y análisis de datos.

Resultados: Se encontró que las dimensiones de mayor puntuación fueron las de Nutrición, Crecimiento Espiritual y Relaciones Interpersonales, mientras que las más bajas fueron Responsabilidad en salud, Actividad física y Manejo del Estrés. Se encontraron diferencias significativas en las 6 dimensiones del HPLP II en la comparación luego de la aplicación del programa de intervención.

Conclusiones: La intervención realizada fue efectiva, de acuerdo con el cumplimiento de los objetivos dentro del tiempo planteado.

Palabras clave: Salud familiar; Estilos de vida; Nola Pender; Promoción de la salud.; Salud.

Effectiveness of nursing intervention in healthy living habits according to the Nola Pender health promotion model

Summary

Background: The behaviors and habits are part of a lifestyle are acquired from home, for this reason, it is important to promote healthy lifestyle habits by intervening from families. It is proposed to evaluate the effectiveness of a Family Health Nursing Intervention Program in Healthy Living Habits, based on the Nola Pender Health Promotion Model.

Methods: The sample was consisted of 64 families, chosen in a cluster sampling, quasi-experimental study, with pre-test and post-test measurements, in which a sociodemographic card and the HPLP II were applied to evaluate lifestyles. A diagnostic evaluation was carried out, then the intervention program was designed and implemented, in the third phase the post-test and data analysis was performed.

Results: It was found that the dimensions with the highest scores were the Nutrition, Spiritual Growth and Interpersonal Relationships, while the lowest were Health Responsibility, Physical Activity and Stress Management. Significant differences were found in the 6 dimensions of the HPLP II in comparison after the intervention program application.

Conclusions: The intervention accomplished was effective, according to the fulfillment of the objectives within the established time.

Key words: Family health; Lifestyles; Nola Pender; Health promotion; Health.

Introducción

El estilo de vida comprende un conjunto de elecciones de comportamientos a partir de alternativas dadas, de acuerdo con la interacción que se da entre los patrones individuales de conducta, factores sociales, culturales y económicos ¹, se refiere a una forma de vida en la que convergen aspectos psicológicos, sociales, culturales y económicos que se relacionan, entre otros, con la salud del individuo. En los estilos de vida se encuentran inmersos patrones cognitivos, afectivos-emocionales y conductuales que tienen consistencia en el tiempo bajo condiciones similares y que pueden convertirse en factores de riesgo o de protección para la salud ^{2,3}.

Los hábitos de vida saludable son patrones de conducta motivados y/o adquiridos por creencias, conocimientos, hábitos y acciones que las personas ejecutan para mantener, restablecer o mejorar su salud, como producto de dimensiones personales, ambientales y sociales, que se relacionan con la historia personal de la persona ⁴, tales como realizar ejercicio físico, mantener una dieta balanceada o una buena higiene. Por el contrario, conductas como consumir sustancias psicoactivas, llevar una vida sedentaria o utilizar de forma inadecuada los servicios de salud, son consideradas factores de riesgo que pueden influir directa o indirectamente en la salud de las personas ⁵.

Estudios encaminados hacia los estilos de vida saludable a nivel individual en diferentes grupos de población como escolares ⁶, universitarios de diferentes carreras⁷, adultos mayores⁸ o trabajadores ⁹ entre otros, han logrado resultados satisfactorios en la mayoría de los casos, y denotan que el cambio de comportamiento requiere de tiempo y factores contextuales que fortalezcan el mantenimiento de dichas

conductas, por lo que pueden verse afectadas una vez terminan los planes de intervención, debido a la falta de la práctica en la vida diaria de las personas y al seguimiento por parte de las instituciones ¹⁰.

En este sentido, la familia es la primera escuela de aprendizaje y es el primer lugar donde los sujetos desarrollan su personalidad y hábitos; es allí donde se inicia el proceso de formación del individuo ¹¹. Las conductas aprendidas en el hogar pueden llegar a mantenerse estables en el tiempo, por lo que la promoción de hábitos de vida saludable no solo en el individuo sino en toda la familia, pueden llegar a tener mayor probabilidad de mantenimiento¹².

Desde el campo de la enfermería, cuyo objetivo principal es brindar cuidados holísticos a la salud de las personas ¹³, se trabaja el enfoque de salud familiar, encaminado a la satisfacción y el bienestar de la familia ¹¹, tanto a nivel individual como a nivel del grupo, interviniéndolo como un todo ^{14,9}, en cuanto a la promoción de la salud, el Modelo de la Promoción de la Salud (MPS) de Nola Pender ofrece elementos teóricos adecuados para implementar y evaluar acciones y comportamientos de promoción de la salud ¹⁵.

En el MPS la promoción de la salud se entiende como un comportamiento motivado por el deseo de aumentar el bienestar y potenciar las capacidades para el desarrollo de una salud óptima ¹⁶, por lo que desde dicho modelo es plausible la elaboración de un programa de intervención con enfoque familiar, ya que se ocupa no solo de las experiencias propias del individuo, sino también de sus experiencias interpersonales teniendo en cuenta que el comportamiento puede ser influenciado por otras personas como la familia, la pareja, el sistema de salud o por normas y modelos sociales ¹⁷; por lo

que se alimenta por una red de apoyo (familia y demás), y la articulación con diferentes disciplinas, lo que puede fomentar el comportamiento y el estilo de vida saludable, mantener la autonomía y un autocuidado de éxito¹⁵, ayudando a los individuos y familias a cuidarse a sí mismos, alentando y enseñando la adopción de estilos de vida saludables¹⁸.

Por lo antes expuesto, la presente investigación se orientó a determinar la efectividad del Programa de Intervención de Enfermería en Salud Familiar en Hábitos de Vida Saludable desde el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender, en familias de la comuna seis de la ciudad de Neiva, vinculadas a la Empresa Social del Estado (ESE) Carmen Emilia Ospina.

Material y métodos

Estudio cuantitativo, de diseño cuasi experimental, de grupo único con mediciones pre-test y post-test, se llevó a cabo en la ESE Carmen Emilia Ospina, sede Canaima, de la ciudad de Neiva y fue avalado por el Comité de Ética, Bioética, Investigación y Desarrollo "CEBIID" de la fundación ACRECER, teniendo en cuenta los parámetros éticos dados en la normatividad colombiana.

La población estuvo constituida por 500 familias de la comuna 6, en su mayoría, pertenecientes a los estratos 1, 2 y 3 establecidos por el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) de Colombia, inscritas en los programas de promoción de salud y prevención de enfermedad de la ESE Carmen Emilia Ospina, de la ciudad de Neiva. La muestra se calculó utilizando la fórmula para el cálculo en poblaciones finitas, con un nivel de confianza de 95% y margen de error del 5%, que dio como cifra representativa 64 familias, las cuales fueron seleccionadas de

manera aleatoria y participaron de la investigación con previa aceptación voluntaria, manifestada mediante consentimiento informado.

A partir de la base de datos suministrada por la Institución, se seleccionaron 130 familias de manera aleatoria, luego de lo cual se procedió al contacto telefónico con sus integrantes, aquellos que se interesaron por participar del proyecto, fueron citados en reuniones por barrios para socializar el proyecto, los integrantes de las 64 familias que aceptaron su participación, firmaron el consentimiento informado, luego de lo cual, se aplicaron los instrumentos de evaluación pre-test por medio de visitas domiciliarias.

La recolección de información se realizó mediante la aplicación de la ficha Sistema de Información de Base Comunitaria para Atención Primaria en Salud SIBCAPS, para los datos sociodemográficos, suministrada por la ESE Carmen Emilia Ospina, el familiograma, como instrumento de selección de la tipología de las familias, que se clasificaron en: a) Nuclear, cuando están conformadas por padre y madre con o sin hijos; b) ampliada o extensa, cuando hay un hogar nuclear más otros parientes; c) monoparental, conformada por uno de los 2 padres y los hijos; d) unipersonal, compuesta por una sola persona¹⁹; e) homoparental, cuando ambos padres son del mismo sexo²⁰; y f) reconstituida²¹, donde al menos un miembro de la pareja tiene un hijo de una relación anterior que convive con ellos.

También se utilizó la escala Health Promoting Lifestyle Profile II, HPLP II²², esta última diseñada bajo los criterios del Modelo de Promoción de Salud de Nola Pender, que evalúa 6 dimensiones: 1) responsabilidad en salud, relacionada con el interés por la salud propia en conductas como asistir al médico ante un síntoma inusual o informarse sobre

temas que mejoren su salud; 2) actividad física, que indaga sobre la frecuencia y disposición para realizar ejercicios físicos; 3) nutrición, que evalúa la conducta alimentaria de los participantes, indagando sobre la frecuencia y cantidad de ingesta de grasas saturadas, azúcares, pan, cereales, frutas, vegetales, lácteos y proteínas; 4) crecimiento espiritual, que se relaciona con la trascendencia del sujeto como ser humano, metas a mediano y largo plazo, propósito de vida, paz interior y la relación con una fuerza superior; 5) relaciones interpersonales, hace referencia a la disposición y capacidad del individuo, para la socialización y comunicación asertiva; y 6) manejo del estrés, que indaga sobre algunos síntomas de ansiedad, hábitos del sueño, actividades lúdicas y de relajación. Los *ítems* se califican mediante una escala tipo Likert que va de 1 a 4, donde 1 (N = nunca), 2 (A = algunas veces), 3 (M = frecuentemente), 4 (R = rutinariamente), con la cual se indagó sobre los estilos de vida saludable de las familias. Asimismo, se elaboraron formatos de asistencia a las diferentes actividades, talleres y reuniones con las familias.

Con la información recogida, se elaboró y aplicó el programa de intervención en hábitos de vida saludable, basado en las 6 dimensiones del modelo de Promoción en salud de Nola Pender, analizadas con la escala HPLP II, que consistió en la implementación de 3 talleres grupales, uno cada mes, de aproximadamente 4 horas de duración cada uno, con temáticas relacionadas con las 6 escalas del instrumento. En el primer taller se abordaron los temas de Nutrición y Actividad física, realizando en principio una charla educativa abordando la importancia de dichos temas, luego se realizaron actividades como ejercicio físico y actividades lúdicas que permitieron la interacción de los participantes con frutas y

verduras producidas en la región, de fácil acceso y bajo costo como (mandarina, banano, naranja, brócoli, zanahoria).

En el segundo taller se abordaron las dimensiones de Manejo del estrés y Responsabilidad en salud, iniciando con una sesión educativa, con énfasis en hábitos de vida, su modificación para lograr un mejor manejo del estrés y conductas de autocuidado en el curso de vida, luego, se realizó una sesión de relajación, acompañada de aromaterapia y musicoterapia, finalizando con la elaboración de distintas manualidades. En el tercer y último taller, se trabajaron las dimensiones de Crecimiento espiritual y Relaciones interpersonales, iniciando con una sesión educativa acerca de estos temas, luego de lo cual, se realizó un ejercicio de juego de roles con el fin de mejorar habilidades sociales de los participantes, tanto al interior de la familia como fuera de ella, de igual forma, se realizaron ejercicios de reflexión sobre la espiritualidad desde las vivencias de los participantes y su trascendencia en todas las esferas de la vida.

Estos talleres fueron llevados a cabo en las instalaciones de la ESE Carmen Emilia Ospina, sede Canaima, y complementados con visitas domiciliarias a las familias, para reforzar las temáticas de manera personalizada, haciendo énfasis en las necesidades individuales de cada una de ellas, durante los 5 meses posteriores a la aplicación del pre-test.

Tras la aplicación del programa se realizaron nuevamente las mediciones con los instrumentos usados en la fase diagnóstica, posteriormente se efectuó análisis estadísticos por medio del paquete estadístico SPSS 15, comparando las puntuaciones pre y post de las aplicaciones de los instrumentos.

Se aplicó la Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra con el fin de evaluar la

distribución de las escalas, encontrando que las dimensiones de Responsabilidad personal y la Puntuación Total presentaron una distribución normal por lo que fueron comparadas mediante el estadístico T Student, mientras que las demás escalas fueron comparadas con la prueba de rangos con signo de Wilcoxon, debido a que presentaron una distribución no paramétrica.

Resultados

En el estudio participaron 161 personas pertenecientes a 64 familias, La edad de los participantes estaba en un rango de 82 años, siendo la edad mínima de 4 años y la máxima de 86, el promedio de edad fue de $41,09 \pm 20,9$ años; el nivel socioeconómico de las familias participantes corresponde en su totalidad a los estratos 1 y 2, siendo este último el de mayor participación con 57,81%; 23 familias, correspondientes al 35,9%,

estaban conformadas por dos integrantes adultos y tan solo 2 familias se componían de 5 integrantes, mientras que las demás familias estaban conformadas por 1, 3 ó 4 personas. Asimismo, se pudo evidenciar que en las familias predominaba la población femenina, encontrando que el 59,3% de los hogares estaban constituidos mayoritariamente por mujeres (23,4%) o únicamente por ellas (35,9%).

La tipología familiar de mayor proporción fue la extensa con 29 familias (18,01%), seguida de las nucleares con 22 (13,66%); las demás familias que conformaban la muestra presentaban otras tipologías de menor proporción, tales como la unipersonal con 8 familias (4,97%), monoparental materna con 2 familias (1,24%), nuclear reconstituida con 2 familias (1,24%) y homoparental con 1 familia (0,62%), como se muestra en la tabla 1.

Tabla 1. Variables sociodemográficas de las familias participantes.

<i>Variable</i>		<i>n</i>	<i>%</i>
Estrato socioeconómico	Uno (1)	27	42,19%
	Dos (2)	37	57,81%
Cantidad de integrantes de la familia	<i>Uno (1)</i>	13	20,32%
	<i>Dos (2)</i>	23	35,9%
	<i>Tres (3)</i>	13	20,32%
	<i>Cuatro (4)</i>	13	20,32%
	<i>Cinco (5)</i>	2	3,14%
Sexo	Femenino	108	62%
	Masculino	66	38%
Conformación del hogar por sexos	Solamente Femenino	23	35,9%
	Mayoritariamente Femenino	15	23,4%
	Igual Femenino: Masculino	17	26,6%
	Mayoritariamente Masculino	8	12,5%
	Solamente Masculino	1	1,6%
Tipología de familia	Unipersonal	8	4,97%
	Extensa	29	18,01%
	Homoparental	1	0,62%
	Monoparental materna	2	1,24%
	Nuclear	22	13,66%
	Nuclear reconstituida	2	1,24%
Edad	Media	41,09	-
	Mediana	40,00	-
	Desviación estándar	20,90	-
	Mínimo	4,00	-
	Máximo	86,00	-

Referente a las dimensiones del estilo de vida establecidas por el modelo de Nola Pender, se encontró mayor puntuación en lo relacionado al crecimiento espiritual (media=

25,57) y las relaciones interpersonales (media=24,20), mientras que las dimensiones que presentaban menor puntuación fueron aquellas relacionadas con la práctica de actividad física (media = 13,67), manejo del estrés (media=17,91) y la responsabilidad de la salud (media= 20.84).

Después de la intervención con las familias se aplicó el post-test, se observó que se continuaron presentando mayores puntuaciones en lo relacionado al crecimiento espiritual (media= 30,85) y las relaciones interpersonales (media= 30,03), las menores puntuaciones se presentaron en las

dimensiones relacionadas con la práctica de actividad física (media= 20.61), manejo del estrés (media=23.49) y la responsabilidad en salud (media= 27.81).

Teniendo los resultados del pre y post-test de la evaluación de las dimensiones de estilos de vida de acuerdo con el Modelo de Nola Pender, se observó un aumento en todas las escalas, posterior a la aplicación del programa de intervención, especialmente en Responsabilidad en salud y en Actividad física, las cuales tuvieron un aumento de aproximadamente 7 puntos en sus medias, con respecto a los puntajes del pre-test.

Tabla 2. Comparación pre y post de las dimensiones de distribuciones paramétricas del HPLP II

Dimensión	Responsabilidad en salud		Total	
	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test
Media	20,84	27,81	124,02	161,42
Mediana	21	28	124	163
Desviación típica	4,72	4,18	19,35	18,77
Mínimo	9	17	73	112
Máximo	32	35	183	199
T. de Student	-31,83		-38,308	
Significancia P	0,00		0,00	

Tabla 1. Comparación pre y post de las dimensiones de distribuciones no paramétricas del HPLP II

Dimensión	Actividad física		Nutrición		Crecimiento espiritual		Relaciones interpersonales		Manejo del estrés	
	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test
Media	13,67	20,61	22,10	28,63	25,57	30,85	24,20	30,03	17,65	23,49
Mediana	13	20	22	29	26	32	25	30	17	24
Moda	8(a)	20	22	28	27	34	25	32	16	24
Desviación típica	4,35	4,12	3,82	3,25	4,91	4,27	4,86	4,11	3,28	3,30
Mínimo	8	12	13	18	14	19	12	17	10	15
Máximo	27	32	32	35	36	36	36	36	28	32
Z Wilcoxon	-11,110		-10,908		-10,721		-10,692		-10,976	
Significancia P	0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	

Discusión

El presente estudio busca conocer la efectividad de la eficacia del Programa de Intervención de Enfermería en Salud Familiar en Hábitos de Vida Saludable desde el

Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender, en las familias de la comuna 6 de la ciudad de Neiva, por medio del instrumento HPLP II, que evalúa 6 sub-dimensiones relacionadas con las conductas en salud,

Según los resultados de la aplicación del HPLP II, las escalas con las puntuaciones más bajas fueron las de Responsabilidad en salud, Actividad física y Manejo del Estrés, tanto en la aplicación pre-test como en la aplicación post-test. No obstante, se presentó un aumento significativo en la puntuación de todas las escalas en la medición post-test, los bajos niveles de actividad física se relacionan con estudios realizados en diferentes grupos poblacionales como adultos mayores⁸, no obstante, dichos estudios también encontraron factores de riesgo a nivel nutricional como en el bajo consumo de frutas, verduras, lácteos y huevos.

La sub-escala de actividad física obtuvo la más baja puntuación tanto en el pre-test como en el post-test, con medias de 13,67 y 20,61 respectivamente, la mayoría de los participantes respondieron en el pre-test no tener una rutina planificada de ejercicios ni realizar actividades físicas exigentes en sus vidas diarias, al igual que dedicar poco tiempo a actividades de ocio y recreación. Aunque reconocen su importancia, carecen de factores motivacionales eficaces para ejercer dichas conductas. Estos hallazgos son acordes a los encontrados en estudios como el realizado en Bucaramanga (Colombia) con estudiantes universitarios, donde usaron el HPLP II para conocer sobre sus hábitos de vida de saludable, en el cual, la media de esta dimensión fue de 15,94, siendo igualmente la de menor puntuación⁷.

Por otra parte, un estudio realizado en adultos mayores y estudiantes universitarios en España⁸, mostró que las personas participantes en dicho estudio realizaban regularmente ejercicio ligero o moderado. Sin embargo, estos hallazgos podrían estar relacionados con las diferencias culturales y educativas de los grupos de ambos estudios.

El Manejo del Estrés es otra de las escalas que presentaron bajas puntuaciones, con

medias de 17,65 y 20,49 en las mediciones pre-test y post-test, la mayoría de los participantes manifestaron tener un número de horas de sueño adecuado, al igual que adecuada aceptación frente a las cosas que no pueden cambiar. Sin embargo, no tenían un control regular de algunos signos vitales como tensión arterial o niveles de glucosa en sangre; de igual manera, se les dificultó mantener un equilibrio entre las actividades laborales y los tiempos de descanso y ocio, así como establecer momentos cotidianos de relajación y descanso.

Los hallazgos descritos concuerdan con los resultados obtenidos por Laguado Jaimes y Gómez Díaz⁷ en Bucaramanga, Colombia, quienes encontraron una media similar de 17,88, al igual que con la investigación realizada en Isfahan (Irán) que buscó determinar los comportamientos que promueven la salud en la población de Isfahan, y donde encontraron una media para esta escala de 18,30²⁰.

En lo concerniente a las conductas relacionadas con el cuidado de la salud y la responsabilidad por su propio bienestar que se indagaron en la escala de Responsabilidad en Salud, se encontró una media de 20,84 en el pre-test y 27,81 en el post-test, manifestando conductas de riesgo como la baja frecuencia en la realización de chequeos médicos y el bajo interés sobre temas de salud, hallazgos similares se encontraron en estudios realizados en Colombia⁷, Isfahan²⁰ y Ramsar²¹.

La escala de Nutrición presentó medias pre-test y post-test de 22,10 y 28,63, según la cual un gran número de participantes manifestaron tener una ingesta regular, aunque no a diario, de proteínas, lácteos, frutas y verduras, como también una falta de regulación de la cantidad de grasas y carbohidratos en sus dietas. Este desequilibrio nutricional podría relacionarse

en mayor medida con factores culturales y comportamentales de las familias, más que por dificultades para el acceso a alimentos saludables.

Resultados similares se encontraron en estudios como el de Mardanian, en Isfahan²⁰ y el estudio realizado en Colombia con población universitaria⁷, donde se encontraron medias similares a las del presente estudio. Sin embargo, un estudio realizado en España con población adulta mayor, encontró un consumo por debajo de lo esperado para esta población, de carbohidratos, huevos, frutas, verduras y lácteos⁸.

En cuanto a las conductas relacionadas con la búsqueda de propósito y trascendencia, evaluadas en la escala de Crecimiento Espiritual, se presentó una media de 25,57 y 30,85 en las mediciones pre-test y post-test, siendo esta la escala de mayor puntuación, encontrando que la mayor parte de los participantes manifestaron la sensación de tener satisfacción con la vida y un propósito en ella, al igual que una conexión espiritual trascendental con algún tipo de deidad o creencia, lo que concuerda con estudios antes mencionados que muestran medias similares o superiores.

Por su parte, se encontró un adecuado manejo de las relaciones interpersonales en los participantes, quienes manifestaron mantener relaciones significativas, así como facilidad para el contacto social, la comunicación asertiva, expresar manifestaciones de afecto, no obstante, el tiempo que comparten con amigos es reducido, presentando medias pre-test y post-test de 24,20 y 30,03; mientras que los estudios realizados en Colombia⁷ e Irán²¹ presentaron más altas puntuaciones.

En cuanto a la comparación de las mediciones pre-test y post-test, todas las escalas

presentaron aumentos significativos ($p < 0,05$) de entre 5 y 7 puntos tras la aplicación del programa de intervención; lo que concuerda con el estudio realizado con adultos mayores en Irán²¹. Sin embargo, las diferencias más amplias en dicho estudio se presentaron en las escalas de Responsabilidad personal, Actividad física y Manejo del estrés.

Conclusiones

Se concluye que la intervención realizada por el personal de enfermería fue efectiva de acuerdo con el cumplimiento de los objetivos planteados dentro de los periodos de tiempo establecidos, presentando diferencias estadísticamente significativas entre las mediciones pre-test y post-test ($p < 0,001$). Teniendo en cuenta lo anterior, se recomienda evaluar este tipo de intervenciones en el largo plazo, manteniendo las estrategias educativas en las poblaciones desde el enfoque familiar mediante el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender; con el objetivo de impactar positivamente en la calidad de vida de las comunidades.

Agradecimientos

Las autoras expresan agradecimiento especial a: La Universidad Surcolombiana, Institución que a través de su Vicerrectoría de Investigación y Proyección Social brindó apoyo económico para el desarrollo del Proyecto; La Empresa Social del Estado-ESE Carmen Emilia Ospina, Sede Canaima, entidad que nos abrió las puertas y nos brindó el apoyo requerido para el abordaje de los sujetos de estudio; Directivos y líderes de las Juntas de Acción Comunal de los barrios en los que se realizó el estudio, quienes facilitaron la aproximación a cada una de las viviendas seleccionadas; Las Familias que de manera espontánea y voluntaria decidieron participar en el estudio

e involucrarse activamente en las diferentes actividades programadas desde el proyecto; Los Estudiantes del Programa de Enfermería Diego Munar Arias, Laura Daniela Torres Muñoz y Sergio Andrés Molina Montealegre, por su apoyo y compromiso invaluable en el trabajo de campo; y a todas las personas que, de manera directa e indirecta, contribuyeron al desarrollo del estudio.

Referencias

1. WHO. Life styles and Health. Soc Sci Med. 1986;22(2):117-124.
2. González-Cantero, Joel Omar; Oropeza Tena, Roberto; Padrós Blázquez, Ferran; Colunga Rodríguez, Cecilia; Montes Delgado, Roberto; González-Becerra VH. Capital psicológico y su relación con el estilo de vida de universitarios mexicanos. Nutr Hosp. 2017;34(2):439-443. doi:10.20960/nh.172
3. Farias G, Thieme RD, Teixeira LM, Heyde ME, Bettini S, Radominski R. Nutrición Hospitalaria Trabajo Original. Nutr Hosp. 2016;33(5):1108-1115. doi:http://dx.doi.org/10.20960/nh.574
4. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2012;380(9859):2224-2260. doi:10.1016/S0140-6736(12)61766-8
5. Sánchez-Ojeda MA, De Luna-Bertos E. Hábitos de vida saludable en la población universitaria. Nutr Hosp. 2015;31(5):1910-1919. doi:10.3305/nh.2015.31.5.8608
6. Sabioa, J.A.; Correas Bodasa, A.; Giménez N. Promoción de hábitos alimentarios saludables en adolescentes desde la atención primaria. Med Fam Semer. 2016;42(5):2016-2017.
7. Laguado Jaimes E GDM. Estilos de vida saludable en estudiantes de medicina de la Universidad Cooperativa de Colombia. Hacia promoción la salud. 2014;19(1):68-83. doi:ISSN 0121-7577
8. Gómez Sanchiz M, Martínez Checa J, Muñoz Blázquez C, Valenzuela Pulido N. Alimentación y hábitos saludables en una población mayor. Med Gen y Fam. 2016;5(1):3-8. doi:10.1016/j.mgyf.2015.11.003
9. Llamas Jiménez A. Promoción de hábitos saludables en el trabajo para el bienestar de la población trabajadora. Rev Colomb Cardiol. 2014;21(4):199-201. doi:10.1016/j.rccar.2014.09.001
10. Llargués E, Recasens A, Franco R, et al. Evaluación a medio plazo de una intervención educativa en hábitos alimentarios y de actividad física en escolares: Estudio Avall 2. Endocrinol y Nutr. 2012;59(5):288-295. doi:10.1016/j.endonu.2012.03.002
11. Berenguer-gouarnaluses DMC. Determinantes sociales de la salud asociados a la salud familiar Social Determinants of Health Related to Family Health Resumen Introducción Desarrollo. 2015;1:12-17.
12. Mejía-lópez J, Gómez-peñaloza SA. Trayectoria de vida familiar y estilos de vida: hipertensión arterial y diabetes mellitus II. Rev Salud Pública. 2017;19(3):291-296. doi:10.15446/rsap.v19n3.35581
13. Parra-Giordano D, González-Molina D, Pinto-Galleguillos D. Proceso de enfermería en un estudio de familia de persona adulta mayor en atención primaria de salud. Enfermería Univ. 2016;14(1):67-75. doi:10.1016/j.reu.2016.11.003
14. Garcia-Subirats I, Vargas I, Mogollón-Pérez AS, et al. Barriers in access to healthcare in countries with different health systems. A cross-sectional study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. Soc Sci Med. 2014;106:204-213. doi:10.1016/j.socscimed.2014.01.054
15. Xavier BLS, Santos I dos, Silva FVC. Promoting self-care in clients on hemodialysis: application of the nola pender's diagram. Rev Pesqui Cuid e Fundam.

- 2017;9(2):545-550. doi:10.9789/2175-5361.2017.v9i2.545-550
- 2014:1-8. doi:10.5205/reuol.9284-81146-1-SM.1005sup201638
16. Pender N, Murdaugh C, Parsons MA. Health Promotion in Nursing Practice. 7th ed.; 2015.
19. Boada-grau J. Adaptación española de la escala HPLP-II con una muestra de empleados. 2016;(4).
17. Santos Silva AC, Santos I. PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO DE IDOSOS PARA O ENVELHECER SAUDÁVEL: APLICAÇÃO DA TEORIA DE NOLA PENDER. Texto Context - Enferm. 2010;19(4):745-753.
20. Mardanian L. Health - Promoting Lifestyle among People Without Heart Disease in Isfahan. Int J Prev Med. 2018:1-6. doi:10.4103/ijpvm.IJPVM
18. de Araújo Gama G, Soares Figueiredo MC, da Silva Rodrigues PM, de Melo Cezar Alves K. HEALTH PROMOTION IN PREGNANCY: ENFORCEMENT OF NOLA PENDER THEORY ON PRENATAL CARE. J Nurs.
21. Chafjiri RT, Shirinkam F, Karimi H. Investigating the effect of education on health - promoting lifestyle among the elderly of Ramsar in 2017. J Fam Med Prim Care. 2018;7:612-617. doi:10.4103/jfmprc.jfmprc.



