



Facultade de Enfermaria e Podoloxia

GRAO EN ENFERMARÍA

Curso académico 2013-2014

TRABALLO FIN DE GRAO

**Validación de un instrumento que facilite el
proceso de atención de enfermería en el marco
de la Teoría de Pender**

Roberto Pazos casal

5 de Septiembre de 2014

DIRECTORES DEL TRABAJO:

Directora: Elvira Cobas Couto.

ÍNDICE:

1. Título y resumen del proyecto.....	5
2. Tablas.....	9
3. Abreviaturas.....	10
4. Principales figuras bibliográficas.....	11
5. Antecedentes y estado de conocimiento.....	12
5.1. El estilo de vida como promoción de la salud.....	12
5.2. De la enfermedad a la teoría de la salutogénesis.....	15
5.3. El papel de los enfermeros en la promoción de la salud....	17
5.4. La teoría de la promoción de la salud de Pender.....	18
5.5. La necesidad de validar el perfil de estilo de vida de pender para población española.....	25
6. Objetivos.....	26
6.1. General.....	26
6.2. Específico.....	26
7. Metodología.....	27
7.1. Cuestionario PEVP-II.....	27
7.2. Adaptación transcultural cuestionario PEVP-II.....	30
7.2.1. Proceso de traducción, revisión y discusión sistemática del cuestionario.....	31
7.2.2. Entrevistas cognitivas.....	31
7.2.3. Traducción inversa al español internacional.....	32

7.3. Legibilidad.....	33
7.4. Ampliación de la versión adaptada para su uso en la población español de los cuestionarios PEVP-II.....	34
7.5. Validación de la versión ampliada del cuestionario PEVP-II adaptado para su uso en población española.....	36
7.5.1. Estudio de la viabilidad y validez de la versión adaptada y ampliada del estilo de vida de Pender para población española.....	37
7.5.1.1 Fiabilidad del perfil de estilo de vida adaptado y ampliado para población española...	39
7.5.1.1.I. Cálculo del tamaño muestral para el estudio de fiabilidad.....	40
7.5.1.1. II. Limitaciones del estudio.....	40
7.6. Estrategia bibliográfica.....	41
8. Resultados.....	42
9. Plan de Trabajo.....	42
10.Aspecto éticos y legales.....	45
11.Plan de difusión de resultados.....	46
12.Financiación de la investigación.....	48
12.1. Recursos y costes necesarios.....	48
12.2. Posibles fuentes de financiación.....	49
13.Agradecimientos.....	50
14.Conflicto de intereses.....	50

15. Bibliografía.....	51
16. Anexos.....	55
16.1. Documento informativo: Estudio de investigación.....	55
16.2. Consentimiento informado.....	57
16.3. Cuestionario perfil estilo de vida según Pender(PEVP-II)..	58
16.4. Cuestionario perfil estilo de vida según Pender ampliado con las recomendaciones del PAPPS.....	63
16.5. Cronograma plan de trabajo.....	69

1. TÍTULO DEL PROYECTO Y RESUMEN

TÍTULO DEL PROYECTO:

Validación de un instrumento que facilite el proceso de atención de enfermería en el marco de la Teoría de Pender.

RESUMEN:

Introducción:

El modelo enfermero de Pender, asume el reto actual de una atención sanitaria de orientación salutogénica, haciendo del cuidado enfermero una oportunidad para ayudar a las personas a que se comprometan con las conductas que constituyen un estilo de vida saludable. A tal fin Pender ha diseñado y validado el PEVP-II, un instrumento útil en la fase de valoración, que permite identificar el compromiso de las personas con la realización de conductas saludables, y aquellas dimensiones del estilo de vida en las que es más urgente intervenir. Si bien podría ser de gran utilidad en nuestros centros de atención primaria, el instrumento carece de validez y actualización en nuestro medio, de ahí que se plantee este estudio con el objetivo de validar el PEVP-II a la población española.

Metodología:

Se procede a la adaptación transcultural del instrumento original, a su posterior ampliación de acuerdo a las recomendaciones de las sociedades científicas vigentes en España, y a la validación de la versión definitiva para ser utilizado en población española de 18 a 64 años. Se analiza la viabilidad, la fiabilidad, la validez y la sensibilidad del instrumento definitivo.

Resultados Esperados:

Se espera obtener un instrumento que facilite el proceso enfermero a quienes trabajan en el marco de Pender como de otros modelos enfermeros.

Palabras Clave:

Promoción de la salud, validación y ampliación de un instrumento, Nola Pender y proceso de atención de enfermería.

TITTLE:

Validation of an instrument to facilitate the process of nursing care under Pender Theory.

SUMMARY:**Introduction:**

The model Pender nurse assumes the current challenge of a health care salutogenic orientation, making nursing care an opportunity to help people to engage with the behaviors that constitute a healthy lifestyle. To this end Pender designed and validated the PEV-II, a useful in the assessment phase, which identifies the commitment of people with healthy behaviors performing instrument, and those dimensions of lifestyle which is more urgent intervene. While it might be useful in our primary care centers, the instrument is invalid and updated in our environment, which is why this study is raised in order to validate the PEV-II to the Spanish population.

Methodology:

This project makes a cultural adaptation to the international Spanish questionnaire "Profile Lifestyle Pender II" and an extension of this taking into account the recommendations of the group of experts from the "Program of Preventive Activities and Health Promotion" better known by the acronym PAPPS. Once the cross-cultural adaptation and extension of the instrument will be held the final validation process.

Expected Results:

Expected to get an instrument to facilitate the nursing process to work under Pender nurses and other models.

KEYWORDS:

Health promotion, validation and extension of a tool, Nola Pender and nursing process.

2. TABLAS

Tabla I. Algoritmo de trabajo del proceso de adaptación transcultural.

Tabla II. Niveles de dificultad de un texto.

Tabla III. Ítems propuestos para ser añadidos a la versión adaptada a población española del PEVP- II

Tabla IV. Matriz de entrevista cognitiva o diebriefing.

Tabla V. Financiación de la investigación.

3. ABREVIATURAS

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PAPPS: Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud.

PEVP: Perfil de Estilo de Vida de Pender.

PAE: Proceso de Atención de Enfermería.

INSHT: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene.

INE: Instituto Nacional de Estadística.

FAO: Food and Agriculture Organization.

ISPOR: International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research.

SEMFYC: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.

FAO: Food and Agriculture Organization.

4. PRINCIPALES FIGURAS BIBLIOGRÁFICAS

Las principales figuras bibliográficas en las que se sustenta el estudio son las siguientes:

- Pender N, Walker S, Sechrist K, Stromborg M. Development and testing of the health promotion model. 1988; 24 (6): 41-3.
- Walker S, Sechrist K, Pender N. The Health-Promoting Lifestyle Profile: Development and psychometric characteristics. Nurs Res. 1987; 36(2): 76-81.
- Córdoba R, Cabezas C, Caramalles F, Gómez J, Díaz Herráez D, López A. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Aten Primaria. 2012; 44 (1): 16-22.
- Aymerich M, Guillamón I, Perkal H, Nos C, Porcel J, Berra S et al. Adaptación al español del cuestionario específico MSQOL-5^a para pacientes con esclerosis múltiple. Neurología. 2006; 21 (4): 181-187.
- Traducción, validación y adaptación de un cuestionario para medir la cultura de seguridad del paciente en Atención Primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010.

5. ANTECEDENTES Y ESTADO DE CONOCIMIENTO.

5. 1. EL ESTILO DE VIDA COMO PROBLEMA DE SALUD.

Hace años que se viene presenciando una tendencia cambiante en el patrón de morbi-mortalidad de las sociedades desarrolladas, pasando de un modelo de enfermar básicamente infeccioso, a uno marcado por una alta prevalencia de padecimientos crónicos y degenerativos, que surgen como respuesta del cuerpo humano frente a un estilo de vida sedentario, estresante, y con una alimentación inadecuada en personas que cada vez viven más tiempo **(1)**.

Las enfermedades respiratorias crónicas, la diabetes, la obesidad, algunos tipos de cáncer y en general las enfermedades cardiovasculares se expresan mediante un patrón de cronicidad y se estima que son las responsables del 60% de los 58 millones de muertes anuales en el mundo **(2)**. El Informe sobre la Salud en el Mundo de la OMS (2013), sugiere que unos pocos factores de riesgo, pueden causar por sí solos una proporción considerable de todas las muertes y las enfermedades en la mayoría de los países.

Estos factores son similares en la mayoría de los países desarrollados, e incluyen el consumo de tabaco, consumo nocivo de alcohol, una alimentación rica en grasas y/o azúcar, el sedentarismo, y otros factores que son un reflejo de las principales fuerzas que rigen los cambios sociales, económicos y culturales como son la urbanización, la globalización, el aumento de la comercialización o el envejecimiento de la población. Además de los factores citados anteriormente, son destacables también el estrés y el estado de ánimo intranquilo y negativo que normalmente son producidos por la falta de sentido en la vida o por el contrario por condiciones laborales cuya situación, contenido y realización

son desfavorables para el bienestar y la salud, y por lo tanto son considerados como factores riesgo importantes en las enfermedades cardiovasculares **(3)**.

La OMS (2010) estima que existen en el mundo aproximadamente 350 millones de personas obesas y por encima de mil millones con sobrepeso, a lo que se atribuyen cerca de 2.6 millones de muertes anualmente a nivel mundial. El sedentarismo, ha sido señalado como una de las 10 causas fundamentales de mortalidad y discapacidad, lo que implica que aproximadamente dos millones de muertes anuales en los países desarrollados puedan atribuirse a falta de actividad física **(4)**. La prevalencia en España de la diabetes mellitus tipo II es de un 6.9%, cuyo control se estima inferior al 70% de los casos. Por otro lado, según datos recogidos por la OMS los actos suicidas provocados por las enfermedades de salud mental están aumentando progresivamente tanto en países ricos como pobres. En los países desarrollados, el suicidio figura entre las diez causas de muerte y una de las tres causas principales de muerte entre personas de 15 a 35 años de edad. Por ejemplo, en una compañía de 1000 trabajadores, entre 200 y 300 sufrirán un serio problema de salud mental en cualquier año en particular, y cada 10 años un trabajador cometerá suicidio. Dentro de este apartado cabe destacar, que una de las principales enfermedades mentales que sufren las personas (mayoritariamente en el ámbito laboral) es el estrés y no solo en economías establecidas como las de Europa o América sino también en lugares que están pasando por una rápida industrialización como China, República de Corea etc. **(5)**.

En España, la quinta Encuesta Nacional de condiciones de trabajo, realizada por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT), refleja que del total de consultas médicas solicitadas por los trabajadores del año 2010, el 20% se debieron a lesiones relacionadas con el trabajo, y de ese porcentaje, el 4,6% estaban relacionadas con el estrés **(6)**.

Validación del Perfil del Estilo de Vida de Pender para población española

Es curioso que frente al impacto masivo del estilo de vida en la salud, el 80% de las enfermedades cardíacas, diabetes tipo II y el 40% de los cánceres son evitables, pudiendo prevenirse mediante intervenciones sanitarias y sociales con una adecuada relación coste-efecto **(7)** dirigida fundamentalmente a modificar el estilo de vida de la población.

Para hacer frente a esta realidad asistencial, marcada por la tenencia de un estilo de vida insano, el gasto en salud se ha visto sustancialmente incrementando en las últimas décadas. Se produce la paradoja de que mientras por una parte se lucha por el fomento de conductas promotoras de salud y por acciones dirigidas a la prevención de la enfermedad, los medios de comunicación y las empresas promueven justo lo contrario, creando un círculo vicioso difícil de romper para el ciudadano medio, y actualmente una insostenibilidad del sistema que desde autorizados y reputados gestores, al propio servicio gallego de salud **(8)**, han considerado debe ser abordada urgentemente con una mayor participación y compromiso de los ciudadanos de cara a la protección y al fomento de su propia salud.

Esto es lo que nos llevará a repensar a la salud como un valor en el contexto humano, redimensionándola en su espacio social y cultural, reclamando la construcción de una cultura entorno a ella. Cuando un ser humano es educado desde su infancia hacia la prosecución de su salud, podrá formarse un criterio propio, interpretar y ejecutar medidas saludables tanto para el paciente como para las personas que lo rodean mejorando así, su calidad de vida y bienestar **(9)**.

La interiorización de determinadas conductas relacionadas con el estilo de vida en la propia cultura, y la capacidad de las personas para atribuirles un significado y funcionamiento que les permite lidiar con el estrés, hace que la modificación del estilo de vida insano resulte verdaderamente difícil, con lo que los clásicos abordajes de la educación sanitaria resultan

poco eficaces **(10)**, especialmente desde modelos biologicistas centrados en la enfermedad y el síntoma, y en su resolución. **(11)**

5.2. DE LA ENFERMERDAD A LA TEORÍA DE LA SALUTOGÉNESIS

Frente a la atención curativa y rehabilitadora, asistimos a una incipiente reorientación de los modelos de atención sanitaria, que comienzan a centrarse en la persona y en la salud como meta de la atención sanitaria. Dice Pender que si en el siglo XX el reto fue reorientar la atención sanitaria de la curación, a la prevención de la enfermedad, el reto del siglo XXI es reorientarla hacia la promoción de la salud Sakraida T.J. Modelo de la promoción de la salud de Nola Pender. **(12)**.

Crear salud se convierte así en una meta, que se alcanza con una atención sanitaria que promueve la participación de los individuos en su propio proceso de generar y mantener salud, identificando sus capacidades personales, sus talentos y fortalezas, en suma su potencial de contribuir a su salud desde un abordaje respetuoso con sus valores, sus preferencias y deseos. Es un proceso que desenfoca la mirada del miedo a la enfermedad y la pone en el logro de un mejor y mayor nivel de funcionamiento y bienestar. De este modo el sanitario, pasa a ser un facilitador del proceso que debe acometer la propia persona presentando una actitud proactiva frente al individuo y su familia **(13)**. Se asume así, la perspectiva salutogénica en la atención sanitaria **(14)**.

Desde esta perspectiva, los profesionales y las personas se comprometen mutuamente en un proceso de empoderamiento, esto es de asunción de un mayor control sobre los factores que determinan su vida para una mejor toma de decisiones en aquellos aspectos que puedan afectar a su salud. El rol de los profesionales pasa a ser el de apoyar y ofrecer opciones que permitan a las personas tomar decisiones bien fundamentadas, siendo conscientes de los principales determinantes de Validación del Perfil del Estilo de Vida de Pender para población española

su salud **(15)**. Aún cuando la teoría salutogénica, no se haya recogido explícitamente en la Carta de Ottawa, ha tenido y tiene un peso indubitado en el desarrollo de la Promoción de la Salud **(16)**.

Antonovsky hace uso de la metáfora del río de la vida para comparar el punto de vista patogénico con la perspectiva salutogénica. Usando el símil de un río embravecido, el enfoque patogénico considera que las corrientes de ese río representarían el estado de enfermedad, siendo el objetivo rescatar a las personas que se encuentran dentro de ese río, sin tener en cuenta cómo llegaron allí o por qué no son buenos nadadores. Sin embargo, desde una perspectiva de salud pública, habría que reconocer que a veces las personas voluntariamente se tiran al río o se niegan a aprender a nadar. En este sentido y desde una perspectiva salutogénica, Antonovsky prefiere entender que ese río representaría la vida en sí, es decir, un río que da lugar a arroyos con aguas tranquilas o bien a peligrosas corrientes y remolinos. Así, Antonovsky se pregunta cuáles serán las condiciones que determinan que una persona tenga la habilidad de nadar bien, independientemente de la zona del río donde esté. Por lo tanto, el objetivo no se centraría en "salvar" a las personas, sino en conseguir que naden bien, para no ser arrastrados por dicha corriente **(17)**.

Al nacer, las personas caen en el río y flotan con la corriente. La dirección principal de la vida no es la muerte y la enfermedad, representada por la cascada. Algunas personas nacen cerca del lado opuesto a la cascada, donde pueden flotar con facilidad, las oportunidades de la vida son buenas y tienen muchos recursos a su disposición, como en un estado de bienestar duradero. En cambio, otras personas nacen cerca de la cascada, en el malestar o enfermedad, donde la lucha por la supervivencia es más difícil y el riesgo de estar por encima del borde de la cascada es mucho mayor. El río está lleno de riesgos, pero también de recursos. Sin embargo, el resultado de la travesía a través del río de la

vida se basa principalmente en la capacidad para identificar y utilizar los recursos necesarios para mejorar las opciones de salud y, en definitiva, la calidad de vida. He ahí el papel de los profesionales de la salud en el modelo salutogénico

5.3. EL PAPEL DE LOS ENFERMEROS EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

A lo largo de los años, la promoción de la salud ha supuesto una dificultad añadida para los profesionales de enfermería, no tanto por su falta de compromiso con la ideología que subyace a la misma, sino por falta de acomodación y comprensión de su papel en la planificación de las intervenciones dirigidas a tal fin.

Con frecuencia se ha intentado acomodar el objeto de la profesión enfermera con dichas prácticas, pues en efecto existe un compromiso claro de la enfermería con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, tal como insta la Ley General de Sanidad desde 1986 (18), y por la que sigue abogando el sistema en la actualidad. Sin embargo, no es menos cierto que la utilización de modelos teóricos de suplencia, como el de Virginia Henderson o el de Dorotea Orem, no permite diagnosticar situaciones en que las personas muestran disposición a iniciar conductas promotoras de salud, toda vez que no constituyen el objeto enfermero: una teoría que identifica como objeto de intervención la insatisfacción de necesidades básicas, o las situaciones de déficit de autocuidados, difícilmente podrá diagnosticar conductas promotoras de salud, no al menos ciñéndose a ese marco teórico.

Esta situación ha venido traduciéndose en la planificación de cuidados en el campo de la promoción de la salud como un añadido al proceso de atención de enfermería realizado con las clásicas teorías de Virginia Henderson o Dorotea Orem, por citar algunas de las más utilizadas en nuestro país, utilizando de algún modo intuitivamente un modelo de

Validación del Perfil del Estilo de Vida de Pender para población española

promoción de la salud, o bien utilizando otros modelos teóricos donde las acciones de promoción de la salud encuentran mejor acomodo **(19)** como es el de Pender.

5.4. LA TEORÍA DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD DE PENDER

El modelo enfermero de promoción de la salud de Nola Pender **(20)**, es una teoría que asume el reto de la orientación salutogénica de los cuidados de enfermería, que en este momento donde se nos urge desde diversas instancias a reorientar la atención y cambiar paradigmas y modelos de atención podría resultar de gran utilidad para el profesional de enfermería.

El modelo de Pender se fundamenta en la teoría del aprendizaje social de Bandura **(21)**, que estudia básicamente la conducta humana en relación a las expectativas que las personas tienen de ser eficaces en el desempeño de dichas conductas.; y en el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana descrito por Feather **(22)**, que afirma que la conducta es racional y económica, no se desgasta. Específicamente una persona se involucra en una acción y persiste en ella, cuando el valor de la acción es positivo y personal y cuando la información que tiene le motiva a seguir un curso de acción que probablemente le traerá el resultado deseado.

Si bien tiene ciertas similitudes con el modelo de creencias en salud de Becker **(23)**, en el modelo de Pender no tienen cabida el miedo o la amenaza como fuente de motivación para la conducta humana, ya que no se enfoca en la prevención de la enfermedad sino en el fomento de la salud de las personas a lo largo de su vida.

Para Pender el trabajo de los enfermeros consiste en ayudar a las personas a que se comprometan con la realización de aquellas conductas que ella agrupa bajo la denominación de un “estilo de vida saludable”,

Validación del Perfil del Estilo de Vida de Pender para población española

poniendo un gran énfasis en los aspectos que pueden afectar a la disposición para iniciar o mantener dicho estilo de vida saludable, contribuyendo al reto global de comprender y estimular la conducta de las personas en dirección a la salud. Dicho de otro modo, para Pender el paciente es una persona siempre susceptible de mantener o mejorar su estilo de vida.

Para facilitar el trabajo con su modelo teórico en la práctica asistencial y en la investigación, Pender desarrolló y validó un instrumento de recogida de datos, especialmente útil en la etapa de valoración del proceso de atención de enfermería, y que denominó perfil del estilo de vida, y del que disponemos dos versiones **(24) (25)**.

En atención primaria de salud, el perfil del estilo de vida II, es decir la versión más reciente, tiene gran utilidad para prestar cuidados salutogénicos, toda vez que permite identificar el compromiso que el paciente presenta con la realización de conductas saludables o promotoras de salud, señalando las dimensiones de su vida en las que existe un amplio potencial de mejora, y por tanto de intervención enfermera, siendo por tanto de gran utilidad en la etapa de valoración. Dado el escaso tiempo que es necesario para su cumplimentación, aproximadamente cinco minutos, es posible considerar que facilita la praxis de la enfermera en atención primaria, y favorece el uso de un paradigma enfermero y no biologicista, dada la sencillez del modelo y su comprensión.

El perfil del estilo de vida de Pender, valora la realización de conductas promotoras de salud en seis dimensiones de la vida que ha descrito del siguiente modo:

- Actividad Física:

Pender considera que contribuye de un modo importante al estado de salud personal mediante la estabilidad fisiológica y un funcionamiento de alto nivel; que ayuda a los individuos en la actualización de su potencial de rendimiento físico; disminuye los riesgos de obesidad, ataques al corazón, diabetes, hipertensión y también está asociada con la disminución de los riesgos de cáncer de colon; y aumenta el bienestar psicológico, reduce los riesgos de depresión, y mejora el humor así como el auto-concepto y la autoestima. Implica la participación regular en actividades ligeras, moderadas y/o intensas, las cuales pueden ocurrir dentro de un programa planeado que puede ser por prescripción médica, o bien como parte de la vida diaria o actividades de tiempo libre que contribuyan al cuidado de la salud.

Los conceptos de ejercicio y deporte serán entendidos como sinónimos de actividad física. Pender pone especial atención en diferenciar las habilidades físicas de la salud. Las habilidades relacionadas con un buen estado físico están señaladas por las cualidades que contribuyen al éxito del rendimiento o desempeño atlético como la agilidad, velocidad, fuerza y el tiempo de reacción. Mientras que la salud relacionada con un buen estado físico incluye cualidades que se ha visto contribuyen a la salud general del sujeto, por ejemplo, la resistencia cardio-respiratoria, la resistencia muscular, la composición del cuerpo y la flexibilidad **(26)**.

- Manejo del Estrés:

Hace referencia al conjunto de respuestas ante la situación estresante, que suponen la identificación y puesta en práctica de los recursos psicológicos y físicos, ejecutados para controlar o reducir la tensión eficazmente **(27)**. Para Pender el estrés es una amenaza potencial para la salud mental y el bienestar físico del sujeto, y un factor de riesgo para problemas de salud tales como dolores de cabeza, dolores de espalda, cáncer, enfermedades del corazón y desordenes

gastrointestinales, sugiriendo que el estrés de la vida cotidiana debería ser evaluado como una parte de la valoración de salud exhaustiva (). Pender señala que algunas de las principales estrategias para un adecuado manejo del estrés consisten en: evitar el cambio excesivo, administrar y controlar el tiempo, realizar actividad física, elevar la autoestima, aumentar la auto-eficacia, incrementar la asertividad, establecer metas realistas, construir recursos de afrontamiento y llevar a cabo técnicas de relajación, entre otras.

- Nutrición:

Dentro del modelo de promoción de la salud, la nutrición es esencial para el desarrollo, la salud y el bienestar del individuo; implica la selección y consumo informado de los alimentos. Esto incluye elegir una dieta diaria saludable acorde a las pautas propuestas por la Pirámide Nutricional. Al respecto la OMS y la *Food and Agriculture Organization of the United Nations*[FAO] (1998), señalan que la nutrición saludable toma muchas formas y está incluida de manera diferente en los diversos países y culturas. En general, la nutrición saludable debe ser una parte integral de la vida cotidiana que contribuye al bienestar fisiológico, mental y social de los individuos. Esto resulta de combinar el efecto de la comida y el cuidado de la salud. El bienestar nutricional está determinado por el consumo de comida segura como parte de una dieta apropiada y balanceada que contenga las cantidades adecuadas de nutrientes en relación a los requerimientos corporales. La salud y el estilo de vida de un individuo se ven influidos por lo que come al grado de contribuir al bienestar social, mental y físico .

- Relaciones Interpersonales:

Las relaciones interpersonales son consideradas en este modelo comportamientos referentes a la interacción social, en los cuales la

comunicación juega un papel muy importante para alcanzar un sentido de intimidad y cercanía significativa, más que casual con los otros. Implica compartir y expresar pensamientos y sentimientos a través de la comunicación verbal y no verbal. Dicha interacción social hace referencia al llamado apoyo social, el cual puede definirse como una red de relaciones interpersonales que proporcionan compañerismo, ayuda, y crecimiento emocional. La manifestación de dicho apoyo se presenta en cuatro categorías: apoyo emocional, que tiene que ver con la demostración de cariño, empatía, amor; apoyo instrumental, implica apoyos tangibles, acciones, o servicios; apoyo informativo, provee consejo, información personal o sugerencias; y apoyo de apreciación, proporciona la confirmación o la retroalimentación que son útiles para la auto-evaluación.

Las funciones de grupos de apoyo social en la teoría de Promoción de la Salud pueden conceptualizarse en cuatro formas **(28)**: pueden contribuir a la salud creando un ambiente que promueva el crecimiento, que apoye en la promoción de conductas saludables, autoestima y alto nivel de bienestar; disminuyendo la probabilidad de eventos amenazantes o estresantes; confirmando que las acciones que se están realizando se anticipan a las consecuencias socialmente deseables; y mediando los efectos negativos de eventos estresantes a través de influir en la interpretación de éstos y las respuestas emocionales que se les da, disminuyendo el potencial de enfermedad que pueden producir. Establecer relaciones interpersonales sanas implica disfrutar de los beneficios que cada tipo de apoyo aporta dependiendo de las circunstancias particulares en las que se encuentre el individuo, entre ellos se encuentran: ayuda en una circunstancia de crisis, preparación de tareas específicas, retroalimentación constructiva para ayudar a reconocer las fortalezas personales, promover el logro de metas de vida, proporcionar intimidad, prevenir el aislamiento, servir como parámetro de referencia,

proporcionar desafíos conjuntos, entre otros. Las fuentes que proporcionan el apoyo mencionado anteriormente, son la familia, la comunidad, los pares y los grupos de autoayuda.

- Responsabilidad de la Salud:

La responsabilidad de la salud supone un sentido activo de responsabilidad por el propio bienestar. Esto incluye comportamientos de auto-observación, informarse y educarse acerca de la salud, ejercer un uso oportuno de los servicios de salud y un consumismo informado cuando se solicita asistencia profesional **(29)**. Fomentar la responsabilidad de la propia salud en las personas, consiste en centrar la atención en el individuo y las familias y promover el auto-cuidado, a través de educar y animar a la localidad en general a conocer la manera de reducir los factores de riesgo de diversos sucesos; percatarse de la forma de controlar enfermedades leves y transitorias de sí mismo y de su familia; identificar el momento pertinente en el que es necesaria la atención profesional; informarse con los profesionales de la salud sobre medidas preventivas que pueden implementar en el cuidado de su salud. Pero sobre todo, consiste en que cada uno se adjudique un papel activo y asuma el compromiso que implica promover la salud a nivel individual, familiar, sociocultural y medioambiental **(30)**.

- Crecimiento Espiritual: el crecimiento espiritual se centra en el desarrollo de los recursos internos a través del crecimiento, conexión y desarrollo, proporcionando una paz interior que abre la posibilidad de crear nuevas opciones para llegar ser algo más, yendo más allá de quien somos, al mismo tiempo nos proporciona una sensación de armonía, plenitud y conexión con el universo. Todo esto tiene como consecuencia la maximización del bienestar humano para lograr el bienestar **(31)**.

Un segundo instrumento fue diseñado por Pender, para valorar aquellos factores que se encontraron directamente relacionados con la

Validación del Perfil del Estilo de Vida de Pender para población española

probabilidad de involucrarse en la realización de la conducta promotora de salud, y que constituye una parte fundamental del desarrollo teórico de este modelo.

Dicho instrumento se ha venido utilizando bajo la denominación de “cuestionario de barreras y beneficios autopercebidos” en diversas investigaciones, si bien recaba información acerca de los resultados anticipados que se producirán sobre la conducta de salud y sobre los bloqueos anticipados, imaginados o reales, y los costes personales de la adopción de una conducta determinada.

Toda vez que dicha información, proporciona al profesional de enfermería un conocimiento capaz de modificar sustancialmente y/o predecir la realización de una conducta promotora de salud por parte del paciente, el mismo resulta igualmente idóneo para el trabajo de los enfermeros de atención primaria de salud, toda vez que la información recabada permitirá una etapa de planificación de cuidados debidamente fundamentada, personalizada, y coherente con la perspectiva salutogénica con que se pretende trabajar.

Aunque el modelo de Pender no fue traducido al español, lo que creemos ha influido sustancialmente en su falta de utilización en nuestro país, Walker (32) tradujo los instrumentos de recogida de datos que diseñó Pender al español para poder ser utilizados con población hispana en Estados Unidos.

Estas versiones, no siendo de utilidad para la población española dado el perfil sociodemográfico y las conductas propias del estilo de vida de la población con la que se realizó la validación, integrada fundamentalmente por población mejicana y con edades comprendidas entre los 18 y 81 años, nos han permitido tener un punto de partida, para el estudio del modelo, de su utilidad, como para plantearnos el presente estudio, con la finalidad última de contribuir a facilitar el trabajo de los enfermeros de

Validación del Perfil del Estilo de Vida de Pender para población española

atención primaria de salud en nuestro medio bien utilizando el modelo de Pender, bien utilizando los instrumentos que Pender diseñó, inclusive complementando el trabajo enfermero bajo la utilización de otras teorías o modelos.

Tal es lo que ha hecho por ejemplo Cavanagh, que trabajando con el modelo de Orem, ha venido utilizando en diversas investigaciones esos instrumentos para poder abordar las conductas promotoras de salud interviniendo en la agencia de autocuidado de las personas.

5.5. La necesidad de validar el Perfil de Estilo de vida de Pender para población española

Desde esta perspectiva, con la intención de contribuir a los cuidados de enfermería desde una perspectiva salutogénica, decidimos inicialmente plantear un estudio dirigido a adaptar y validar el perfil del estilo de vida de Pender.

No obstante a lo largo del proceso, comprendimos que para integrarlo efectivamente en la práctica asistencial de los enfermeros de atención primaria de salud de nuestro país, debíamos hacernos eco, de las más actuales recomendaciones para el estilo de vida, basadas en la investigación, a la que gran cantidad de centros de salud están adscritos, que son las del programa de actividades preventivas y promoción de la salud (PAPPS), de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Así fue como tomamos la decisión no sólo de adaptar, sino también de ampliar y posteriormente validar el perfil del estilo de vida de Pender, como lo que pensamos podría ser una herramienta de gran utilidad para los profesionales de enfermería que quieran trabajar desde una perspectiva salutogénica.

6. OBJETIVOS

6.1. OBJETIVO GENERAL:

- Disponer de un instrumento para facilitar el Proceso de Atención de Enfermería a los profesionales que deciden prestar cuidados salutogénicos desde el modelo de Promoción de la Salud de Pender.

6.2. OBJETIVO ESPECÍFICO:

1. Realizar la adaptación transcultural del PEV-II a español europeo
2. Ampliar el PEV-II de acuerdo a las recomendaciones sobre el estilo de vida de la Semfyc.
3. Validar la versión definitiva del perfil del estilo de vida de Pender para ser utilizado en centros de salud y con población española de 18 a 64 años.

7. METODOLOGÍA

7.1. DOCUMENTO DESCRIPTIVO CUESTIONARIO PEV-P II

En el presente estudio, se propone la adaptación, ampliación y validación de un instrumento de recogida de datos denominado perfil del estilo de vida saludable de Pender del que disponemos dos versiones en la actualidad: una de ellas realizada en el año 1987 (PEVP- I), y una segunda(PEVP- II), modificada años más tarde, que añade al instrumento inicial nuevos ítems para obtener una mayor información de cada una de las dimensiones que lo integran, así como mejora la redacción de cada uno de los ítems con el fin de facilitar la comprensión y por lo tanto la respuesta del entrevistado.

Dicho instrumento está integrado por 52 ítems estructurados en seis dimensiones: nutrición, actividad física, manejo del estrés, relaciones interpersonales, crecimiento espiritual y responsabilidad de la salud. Cada una de estas dimensiones agrupa un pool de preguntas que en el diseño inicial no aparecen organizadas en tales bloques sino mezcladas a fin de favorecer la veracidad de las respuestas. Cada uno de estos ítems presenta cuatro opciones posibles de respuesta organizadas con una escala de tipo likert que valora el grado de acuerdo con las afirmaciones que se recogen en esos ítems.

Originalmente este instrumento fue elaborado en inglés en el año 1996 y validado para su uso con población norteamericana tomando como referencia los resultados del estudio llevado a cabo en 1988 **(33)** que demostró la capacidad predictiva del modelo para la promoción de las conductas de ejercicio físico, prácticas de nutrición, uso de protección

auditiva y supresión de la exposición al humo del tabaco en el entorno, de ahí que los resultados de dicha investigación fueron utilizados para elaborar este instrumento.

En el año 2003, el instrumento fue validado al español por Walker y colaboradores sobre una muestra de 541 adultos hispanos residentes en Estados Unidos, fundamentalmente de origen mejicano y con edades comprendidas entre 18 y 81 años, utilizando un método de traducción y traducción inversa, llevado a cabo por profesionales de la salud perfectamente bilingües.

El instrumento mostró adecuadas propiedades para la valoración de las conductas promotoras de salud que integran un estilo de vida saludable, con un índice de consistencia interna de alfa de Cronbach para la escala completa de 0.94, y con un rango de 0.69 para la dimensión “manejo del estrés” a 0.82 para las de “actividad física” y “crecimiento espiritual”. Las subescalas de manejo del estrés, relaciones interpersonales y responsabilidad de la salud tuvieron un alfa de 0.68, 0.77 y 0.78 respectivamente.

La dimensión de “nutrición” abarca una serie de afirmaciones relacionadas con la cantidad y periodicidad de consumo de una serie de alimentos que se consideran esenciales para el desarrollo, la salud y el bienestar del individuo, y que viene determinado por las pautas propuestas por la Pirámide Nutricional, a fin de indicar en forma simple cuales son los alimentos que son necesarios en la dieta, y en qué medida consumirlos, para lograr una dieta sana y balanceada. Esta pirámide incluye todos los grupos de alimentos y nos indica de manera sencilla qué cantidades se deben consumir de cada uno de estos grupos a fin de mantener una buena salud. Incluye las afirmaciones: 2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44 y 50.

La dimensión “actividad física”, engloba una serie de afirmaciones relacionadas con la práctica de ejercicio físico, su intensidad, duración y

Validación del Perfil del Estilo de Vida de Pender para población española

repetición a lo largo del tiempo. La conforman los ítems 4, 10, 16, 22, 28, 34, 40 y 48.

La dimensión “manejo del estrés”, refiere afirmaciones relacionadas con diferentes técnicas de relajación en tanto que recursos psicológicos y físicos que sería posible utilizar a fin de controlar o reducir la tensión nerviosa eficazmente. Se valora mediante los ítems 5, 11, 17, 23, 29, 35, 41 y 47.

Por su parte, la dimensión relativa a las “relaciones interpersonales” contiene afirmaciones relacionadas con la utilización de la comunicación para lograr una sensación de intimidad y cercanía en las relaciones significativas con los demás, que se entiende implícitamente en el hecho de compartir y expresar pensamientos y sentimientos a través de la comunicación verbal y no verbal. Se mide a partir de las afirmaciones 1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43 y 49.

La dimensión de “crecimiento espiritual” comprende afirmaciones relacionadas con el desarrollo de los recursos internos para estar en armonía con uno mismo y con el universo, encontrar felicidad con la existencia en el sentido teleológico y trabajar en la consecución de objetivos para alcanzar dicho fin. Se valora a través de los ítems 6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48 y 52.

Finalmente, la dimensión de “responsabilidad de la salud” utiliza afirmaciones referidas a una conducta basada en un profundo sentido de la responsabilidad por el propio bienestar. Se mide con los ítems 3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45 y 51.

Este instrumento fue diseñado y validado, y junto al mismo son proporcionadas por los autores, instrucciones para su cumplimentación, que señalan que el instrumento contiene oraciones acerca del estilo de vida o hábitos personales en el momento presente, pidiendo al entrevistado que indique la frecuencia con la que realiza cada conducta

de las señaladas, escogiendo entre las opciones “nunca”, “alguna vez”, “frecuentemente” o “rutinariamente”

La utilización del instrumento permite obtener una visión completa del estilo de vida a través de una puntuación global obtenida del sumatorio de todas las respuestas, pero sin poder disponer de unos puntos de corte que nos permitan clasificar el estilo de vida en bueno, regular o malo.

Por otro lado, se obtienen puntuaciones para cada una de las dimensiones estudiadas en el instrumento, con una finalidad de seguimiento y evaluación de la mejora del estilo de vida en el tiempo, quedando a criterio del enfermero el diagnóstico de enfermería al tenor de las conductas con que la persona afirma estar comprometida.

Mientras que la puntuación global se obtiene por el sumatorio de las puntuaciones de cada ítem, para las dimensiones se recomienda hacer la puntuación media de las respuestas obtenidas en esa dimensión concreta, porque el mero sumatorio no es comparable toda vez que hay bloques de preguntas con diferente número de ítems. El criterio de puntuación de las respuestas es Nunca(N) = 1 punto, alguna vez (A) = 2 puntos, frecuentemente (F) = 3 puntos y rutinariamente (R) = 4 puntos.

Una copia del perfil del estilo de vida de Pender en su versión original es proporcionada en el anexo num. 3 y en su versión reformada en el anexo num.4

7.2. ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL CUESTIONARIOS PEVP- II PARA SU USO EN POBLACIÓN ESPAÑOL

Si bien el instrumento original fue validado al español, dicha validación fue realizada para personas hispanas residentes en Estados Unidos, lo que nos coloca ante una población que poco más en común tiene con la española que la lengua utilizada. Por este motivo, se ha optado por

Validación del Perfil del Estilo de Vida de Pender para población española

realizar la adaptación transcultural del instrumento original en inglés para ser utilizado en población española.

El instrumento va a ser revisado por dos personas españolas que han trabajado en Estados Unidos por más de diez años, y por dos sanitarios americanos que trabajan y residen en España actualmente, a fin de corregir el instrumento en aquellos aspectos relativos a la lengua, y a la cultura, para obtener en este momento la primera versión del nuevo Perfil del Estilo de Vida para España.

Para la adaptación transcultural del PEVP-II del inglés americano al español internacional, se seguirán las pautas publicadas en la literatura científica por Kvamme y cols (34), así como las recomendaciones de la International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes (ISPOR), que a continuación se explicitan (35)

7.2.1. PROCESO DE TRADUCCIÓN, REVISIÓN Y DISCUSIÓN SISTEMÁTICA DEL CONTENIDO DEL CUESTIONARIO:

El grupo de trabajo se reunirá a tal fin durante tres sesiones con la finalidad de discutir y consensuar cada ítem. Se buscará valorar el significado de las palabras, *meaning by meaning*, para asegurar la claridad del cuestionario utilizando un lenguaje común y/o coloquial y no sólo de traducir las palabras literalmente, *word by word*.

7.2.2. ENTREVISTAS COGNITIVAS:

Para comprobar la comprensión de las palabras y frases, mejorar y facilitar la formulación de las preguntas y adaptarlas al vocabulario de uso coloquial, serán realizadas entrevistas cognitivas en población diana (adultos españoles de entre 18 y 64 años de edad).

Se realizarán por parte de una persona ajena al estudio, que tras explicar las características del cuestionario y su motivación solicitará el consentimiento informado de las personas que quieran participar. En este tipo de estudios se considera suficiente un número de entre 5 y 10 pacientes para cada una de las traducciones.

Las entrevistas estructuradas se realizarán siguiendo un guión. Las preguntas se leerán en voz alta y luego se preguntará al entrevistado qué ha entendido. Se le ofrecerá las opciones de respuesta y se le pedirá que explique cada una de ellas. Una vez contestada la pregunta, se le pedirá que describa con sus palabras el significado de la respuesta dada.

Cada entrevista se estima que durará entre 20 y 45 minutos, dependiendo del participante. Los comentarios se anotarán literalmente y serán evaluados por el grupo de trabajo. Se registrarán las expresiones de uso común, los comentarios y se identificarán las dificultades de comprensión.

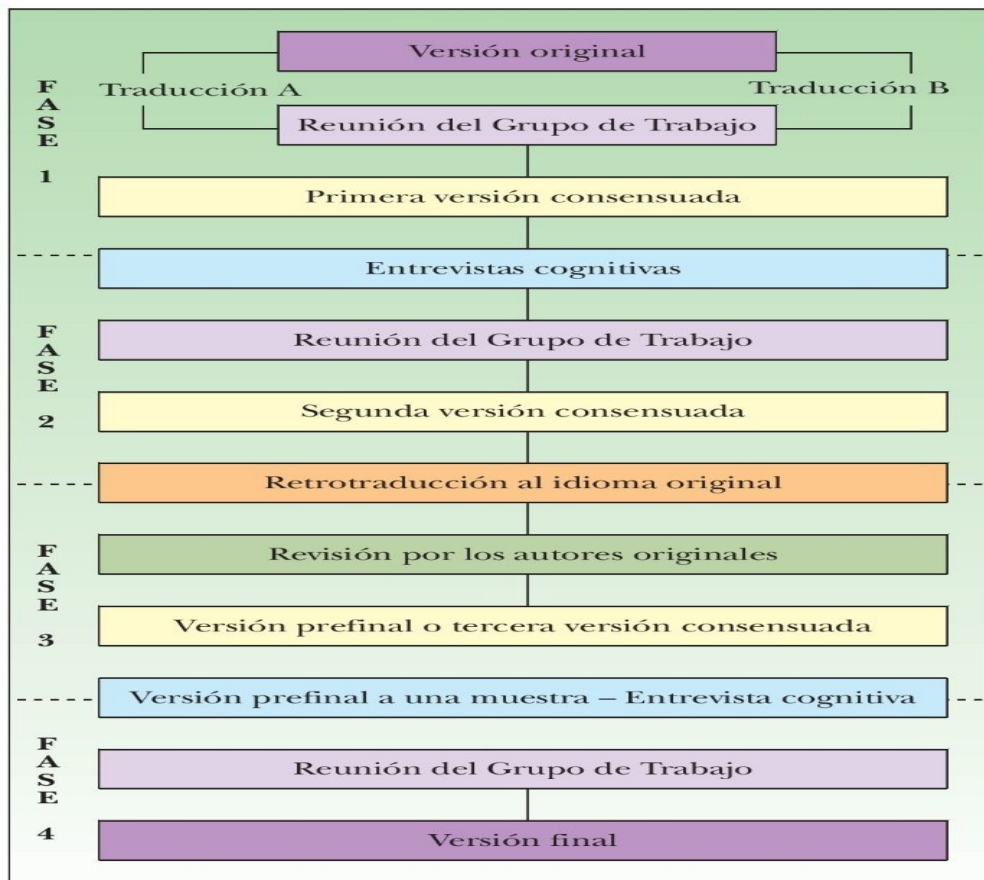
Durante la entrevista se han de poder extraer/obtener comentarios relevantes sobre el cuestionario, en términos cualitativos, para llegar al punto de saturación. La muestra ideal ha de ser diversa en cuanto a las características sociales y se basarán en el método *probing* (indagación).

7.2.3. TRADUCCIÓN INVERSA AL ESPAÑOL INTERNACIONAL:

La traducción de la segunda versión consensuada del cuestionario será realizada por un traductor profesional. Tras la revisión por parte de los autores originales, sus comentarios serán incorporados a los cuestionarios, emitiéndose una tercera versión que será sometida de nuevo a entrevistas cognitivas.

La versión definitiva del cuestionario en español internacional se discutirá en una nueva reunión del grupo investigador, incorporando los comentarios derivados de las segundas entrevistas cognitivas.

Tabla I. Algoritmo de trabajo del proceso de adaptación transcultural



7.3. LEGIBILIDAD

La legibilidad del instrumento, nos permitirá analizar las características tipográficas y lingüísticas del texto escrito, toda vez que serán las que determinen la facilidad que encontrará el entrevistado para leerlo y comprenderlo. A tal fin se realiza un análisis de legibilidad, el cual evalúa la dificultad de lectura y comprensión de un texto pero sin analizar su contenido conceptual o de constructo.

La mayoría de las fórmulas que se utilizan con esta finalidad, parten de la hipótesis de que un texto es tanto más fácil de leer cuanto más cortas son las palabras y frases que utiliza. Para aplicar la fórmula de legibilidad en

este instrumento hemos seleccionado el programa INFLESZ del que disponemos actualmente. Es un programa diseñado en lenguaje C++, bajo entornos Windows 9x y NT/XP, y puede analizar tanto archivos completos como fragmentos de texto.

Calcula 9 parámetros útiles para evaluar la legibilidad de un texto escrito en español: palabras, sílabas, frases, promedio sílabas/palabras, promedio palabras/frases, índice Flesch-Szigriszt, grado en la escala Inflesz, correlación Word y fórmula de Flesch-Fernández Huerta.

Tras el análisis de legibilidad, la escala Inflesz establece 5 niveles de dificultad:

Tabla II. Niveles de dificultad de un texto.

NIVELES DE DIFICULTAD ESCALA INFLESZ

PUNTOS	GRADO	TIPO DE PUBLICACION
Menor de 40	Muy difícil	Universitario o científico
40-55	Algo difícil	Bachillerato, divulgación, prensa especializada
56-65	Normal	ESO, prensa general y deportiva
66-80	Bastante fácil	Educación primaria, prensa del corazón y novelas de éxito
Más de 80	Muy fácil	Educación primaria, tebeos y cómics

7.4. AMPLIACIÓN CUESTIONARIO PEVP-II

Una vez que se va a acometer el laborioso proceso de validación de este instrumento, que pretendemos pueda servir para la valoración enfermera desde una perspectiva salutogénica en atención primaria de salud, dado

Validación del Perfil del Estilo de Vida de Pender para población española

que el mismo mide comportamientos que integran un estilo de vida saludable, se consideró apropiado adaptar las afirmaciones que realiza el perfil del estilo de vida de Pender, a las recomendaciones basadas en la investigación, que en nuestro país están vigentes para el estilo de vida, y a las que los centros de salud de nuestro país están adheridas.

En este sentido, la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, dispone de un grupo de expertos sobre el estilo de vida, en el marco del programa de actividades preventivas y promoción de la salud más conocido por el acrónimo PAPPS. Dicho grupo, revisa y actualiza bianualmente las recomendaciones que según los resultados de la investigación se ofrecen a los profesionales sanitarios de la red primaria de asistencia, para que actúen en dirección a la promoción de un estilo de vida saludable en la población y a la prevención de la enfermedad.

En atención a dichas recomendaciones se consideró la necesidad de adaptar el cuestionario de Pender a las mismas, en aras a proporcionar un instrumento para ser utilizado en población española y en los centros de la red primaria de asistencia, ampliándolo en aquellos aspectos del estilo de vida que el cuestionario de Pender no abordaba como eran el consumo de tabaco, alcohol, drogas, riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual y conducción de vehículos a motor.

Con esta finalidad, se siguió el mismo formato del PEV-P II, intentando disponer de una afirmación para cada uno de esos cinco aspectos a añadir y se utilizaron a tal fin los criterios y contenidos del programa de actividades preventivas y promoción de la salud antes referido, como patrón de referencia **(36)**. De este modo se añadieron las afirmaciones que se muestran en la tabla III.

Tabla III. Ítems propuestos para ser añadidos a la versión adaptada a población española del PEV-P II

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. Durante el último mes he fumado todos los días al menos un cigarrillo.	N A M R
2. En una jornada de 24 horas nunca consumo más de 4 bebidas alcohólicas (del tipo de una cerveza, una copa de vino o un chupito de una bebida alcohólica blanca) en el caso de una mujer o 6 en el caso de un hombre.	N A M R
3. Regular o esporádicamente consumo algún tipo de sustancia tóxica como cocaína, cannabis, pastillas, speed etc.	N A M R
4. Conduzco respetando las normas de circulación y/o viajo en cualquier medio de transporte que respete las normas de circulación.	N A M R
5. Mantengo relaciones sexuales utilizando preservativos u otros métodos de barrera.	N A M R

7.5. VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN AMPLIADA DEL CUESTIONARIO PEVP-II ADAPTADO PARA SU USO EN POBLACIÓN ESPAÑOLA

Una vez realizado el proceso de adaptación transcultural del cuestionario original a población española y su posterior ampliación, para determinar la consistencia interna de esta última versión del instrumento, tanto para el instrumento global, como para cada una de las dimensiones que lo integran, a las que no olvidemos se han añadido nuevos ítems, se habrá

Validación del Perfil del Estilo de Vida de Pender para población española

de analizar la viabilidad, fiabilidad y validez del nuevo instrumento propuesto.

7.5.1. ESTUDIO DE LA VIABILIDAD Y VALIDEZ DE LA VERSIÓN ADAPTADA Y AMPLIADA DEL PERFIL DEL ESTILO DE VIDA DE PENDER PARA POBLACIÓN ESPAÑOLA.

Para valorar la viabilidad del nuevo instrumento que pretendemos usar en los centros de atención primaria de nuestro país, realizaremos un estudio piloto sobre una pequeña muestra de la población diana, que nos permita considerar el tiempo medio que es necesario para responder al instrumento definitivo, la claridad de las preguntas y su adecuación al nivel de conocimientos y la comprensión del ciudadano medio; si la matriz de registro es adecuada y si después de haber sido cumplimentada es posible interpretar adecuadamente los resultados obtenidos, y cualquier otro comentario importante para generar la versión definitiva.

Una vez hecho esto, se analizará en aras a la validez, el contenido del nuevo instrumento y la lógica que guía la redacción de los ítems que lo integran, junto con expertos enfermeros de Atención Primaria de Salud con responsabilidades asistenciales, pero incluyendo también aquellos con responsabilidades en la gestión y la docencia, conocedores por tanto de las teorías enfermeras, y de las barreras a su utilización en las áreas sanitarias a las que pertenecen.

Para analizar la validez de constructo se utilizará la técnica del Análisis Factorial Exploratorio de Componentes principales, seguido de rotación Varimax para conseguir una mayor comprensión de la matriz resultante. Se comprobarán los supuestos de aplicación de la misma mediante la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), el Test de esfericidad de Barlett y el determinante de la matriz de correlaciones.

La validez de criterio se analizará utilizando el test no paramétrico de Spearman con cálculo del coeficiente de correlación, y su intervalo de confianza del 95%.

Con los resultados del estudio piloto, con las conclusiones de dicho estudio y las remodelaciones propuestas, y el análisis de los expertos, nos pondremos en contacto con Susan N. Walter, todavía en activo como docente en la universidad de Nebraska, que es coautora del perfil del estilo de vida de Pender y de la versión para hispanos, con cuyas recomendaciones se elaborará una versión del instrumento, que se pilotará nuevamente y será sometida a un nuevo debriefing o entrevista cognitiva, bajo la plantilla de preguntas que se muestra en la tabla IV.

Tabla X. Matriz de entrevista cognitiva o diebriefing

CUESTIONARIO DIEBRIEFING SOBRE LA ADAPTACIÓN DEL PEVP-II

"El cuestionario que acabas de cumplimentar es una adaptación del perfil de estilo de vida de Nola Pender para su posterior validación. Te pedimos que comentes:

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿Cuánto tiempo has invertido en cumplimentarlo?	<input type="text"/> Minutos
2. ¿Te ha resultado demasiado largo para cumplimentar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Aceptable
3. ¿Todo lo que se te pregunta te resulta de interés?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
4. ¿Podrías indicar aquello que no te resulta interesante? Indica el número de ítem	Ítems:
5. ¿En qué preguntas tienes problemas o dudas sobre lo que se te pregunta?	Ítems:
6. ¿Las preguntas están escritas en un lenguaje coloquial o alguna suena a un uso forzado del lenguaje? ¿Cuál?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Ítems:

Con las consideraciones de esta consulta, se elaborará la penúltima versión del perfil del estilo de vida –adaptado, ampliado y sometido a pilotaje- para su uso en población española en atención primaria de salud.

En este momento se pondrán de manifiesto todos aquellos ítems a los cuales fue difícil responder bien porque no explican de forma correcta el estilo de vida, o bien aquellos que no pudieron ser respondidos porque el paciente no disponía de los conocimientos suficientes. Todos estos ítems serán excluidos de esta penúltima versión, que será la que se utilizará para el proceso de validación en la muestra de la población para cuyo uso se pretende validar.

7.5.1.1. FIABILIDAD DEL PERFIL DE ESTILO DE VIDA ADAPTADO Y AMPLIADO PARA POBLACIÓN ESPAÑOLA:

Para determinar la consistencia interna del total de la escala y de cada una de las dimensiones determinadas en el PEVP-II adaptado y ampliado, se utilizará el coeficiente alfa Cronbach. Además, para valorar la adecuación de cada ítem en el seno de su correspondiente dimensión, se calculará el valor que obtendría el alfa Cronbach si el ítem no formara parte de la dimensión.

Se calculará el poder de discriminación de cada ítem comparando las puntuaciones medias de cada oración entre los individuos cuya puntuación en el total de la escala se situó por encima del percentil 75 y los que estén por debajo del percentil 25. Para realizar dicho análisis utilizaremos la prueba no paramétrica de Mann – Whitney.

El comportamiento de cada ítem con su dimensión se valorará mediante el cálculo del coeficiente de correlación entre la puntuación de cada ítem y la suma de puntuaciones del resto de oraciones de la dimensión correspondiente. También se estudiará la idoneidad de las oraciones que constituyen cada dimensión analizando los valores de los coeficientes alfa

Validación del Perfil del Estilo de Vida de Pender para población española

de Cronbach que cada una de ellas obtendría en el caso de que una oración determinada no fuera tenida en cuenta en el análisis. Lógicamente, un incremento en el coeficiente alfa cuando se produce la exclusión de un ítem determinado, indica que dicho ítem no es consistente.

7.5.1.1.I. CÁLCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL PARA EL ESTUDIO DE FIABILIDAD

La población en estudio abarcará a todos los habitantes de la Comunidad Autónoma de Galicia que acuden a los centros de atención primaria de salud (zonas rurales y urbanas, sexo masculino y femenino) con una edad comprendida entre los 18 y los 64 años (5551 habitantes según el INE). Para su cálculo asumiremos una confianza del 95% y una precisión del 5%. Con todos estos datos, aplicando la fórmula correspondiente, obtendremos un tamaño muestral de 385 personas **(35)**

Recogidos los 382 cuestionarios cumplimentados de hombres y mujeres de los centros de salud urbanos y rurales seleccionados, se procederá a analizar la fiabilidad del instrumento.

7.5.1.1.II. LIMITACIONES DEL ESTUDIO:

Para prevenir el sesgo de selección en los pacientes que van a intervenir en el proceso de cumplimentación de los cuestionarios para su validación se decide realizar la captación de los mismos a través de los profesionales de enfermería de los centros de salud referidos. El sesgo de información se paliará utilizando los más actuales y sistemáticos procedimientos de validación.

7.6. ESTRATEGIA BIBLIOGRÁFICA

Se lleva a cabo una búsqueda bibliográfica para conocer la evidencia que existe y analizar el tema que vamos a desarrollar, todo ello con el fin de establecer una pregunta pertinente y relacionada con mi profesión.

Busco en bases de datos como: Scielo, Cuiden, Fistera, Pubmed, CINHALL, RCyS, CiberINDEX, Enfismo, Cochrane.

Palabras clave utilizadas: promoción de la salud, validación y ampliación de un instrumento, Nola Pender y proceso de atención de enfermería.

8. RESULTADOS

De acuerdo con el objetivo establecido, los resultados esperados con este estudio de adaptación, ampliación y validación, son obtener un instrumento útil para la realización del trabajo enfermero en el nivel primario de salud de nuestro país, ayudando –so es posible- a prestar una atención enfermera salutogénica, dentro de un marco de trabajo enfermero, respaldado por el modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender, o por otro a cuyas finalidades sea de utilidad.

Esperamos que este instrumento permita obtener información veraz sobre el grado de compromiso de las personas que acuden a los centros de salud, con las conductas que promueven la salud, facilitando la labor de los enfermeros, y reorientándolas hacia un rol de facilitación que no de suplencia, en aras a fomentar el empoderamiento y la proactividad de las personas de cara al logro y mantenimiento de su salud personal, familiar y comunitaria.

9. PLAN DE TRABAJO

Este proyecto y su diseño constan de varias fases que se expresan de manera resumida en el cronograma (ANEXO 5). Son las siguientes fases:

1ª Fase. Búsqueda bibliográfica:

La primera fase consiste en analizar la bibliografía existente en artículos, revistas, libros etc. Y analizar la pertinencia del proyecto, observar que necesitamos saber y como la bibliografía nos puede guiar.

2ª Fase. Análisis, interpretación y síntesis de la bibliografía:

Tras analizar los resultados obtenidos en la búsqueda bibliográfica, observamos que el Modelo de Promoción de la Salud de Pender no ha Validación del Perfil del Estilo de Vida de Pender para población española

sido traducido al español lo que ha influido en la falta de utilización en nuestro país y la carencia de validez de sus instrumentos. De esta manera, con la intención de contribuir a los cuidados de enfermería desde una perspectiva salutogénica, decidimos inicialmente plantear un estudio dirigido a adaptar y validar uno de estos instrumentos, el perfil del estilo de vida de Pender II (PEVP-II).

Así mismo, nos dimos cuenta que para poder integrarlo en la práctica asistencial de los enfermos de atención primaria de nuestra comunidad debíamos de introducir en este instrumento las recomendaciones elaboradas por los grupos de expertos de nuestros recogidas en el PAPPS, por lo que además de adaptar el cuestionario íbamos a ampliarlo y posteriormente validarlo. De esta manera se establece nuestra hipótesis.

3ª Fase. Elaboración del diseño de la investigación. Selección de la muestra:

Después de concluir que pregunta de investigación vamos a responder, se generan las hipótesis y los objetivos. A partir de esto, se decide establecer el proceso que se debe de seguir para la realización de la adaptación transcultural del documento original, los aspectos que debe tratar la nueva parte del instrumento de valoración que vamos a llevar a elaborar y, por último, definir el proceso que habrá que llevar a cabo para validar el documento final obtenido.

4ª Fase. Envíos de permisos. Solicitud de colaboración:

En esta fase, se envían los permisos necesarios para poder llevar la realización del estudio. Una vez obtenido estos permisos, nos pondremos en contacto con diversos coordinadores de centros de AP del área sanitaria de Galicia para explicarles la finalidad del estudio, pedirles sus colaboración y el perfil de pacientes que necesitamos que cumplimenten

los cuestionarios para los distintos procesos que se van a llevar a cabo. Los que acepten tendrán que firmar el consentimiento informado.

5ª Fase. Inicio del trabajo de investigación: adaptación transcultural del PEVP-II, ampliación del PEVP-II con las recomendaciones del PAPPS y validación del documento final.

Comienza el trabajo de campo. Primeramente se reúne el equipo de investigación para traducir el cuestionario original al español, y una vez traducido, se distribuye por los distintos centros de AP que colaboran el proyecto para que lo cubran los pacientes recogiendo toda la información que manifiestan a cerca de la comprensión del contenido del mismo y del tiempo necesario para cumplimentarlo. Toda esta información será recogida y transmitida a un grupo de expertos para que elabore el cuestionario definitivo adecuado a nuestro idioma.

Una vez realizado este proceso, se elaborarán los nuevos ítems a añadir en el instrumento de acuerdo a la normativa y los criterios vigentes para la construcción de ítems. Una vez elaborados, se juntan con los del cuestionario adaptado a nuestro idioma.

Por último, un grupo de expertos dará validez a nuestro cuestionario siguiendo los procesos necesarios con el cual adquirirá su forma definitiva

6ª Fase. Redacción final del documento de investigación:

Una vez obtenidos e interpretados los datos correspondientes al estudio, se procederá a la redacción final del documento, en el que se presentarán los resultados más relevantes del estudio. Por último, se transcribirá el estudio de investigación estructurado como artículo de cara a su difusión.

7ª Fase. Publicación y difusión del estudio:

Una vez finalizado el estudio de investigación y estructurado pertinentemente, se enviará a diversas revistas adecuadas y con un factor de impacto importante si es posible. También se harán presentaciones orales o en congresos si se considera oportuno.

10. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

El proyecto se llevará a cabo en todo momento bajo la autorización del Comité Ético de la investigación clínica de Galicia, la cual se solicitará tras la presentación de este estudio.

Los aspectos éticos de esta investigación se rigen por:

- La Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial
- El Pacto de Oviedo
- La Ley Orgánica 15/1999 del 13 de Diciembre de protección de datos de carácter personal.
- Solicitud al Comité Autonómico de Ética de la Investigación de Galicia (CAEIG) del informe previo al inicio del estudio de investigación.

Este consentimiento será enviado al Comité de Investigación Ética de Galicia y al comité de Ética de los hospitales, donde se lleva a cabo el estudio, para obtener su aprobación y poder realizar el mismo.

El investigador no tendrá prejuicios ni conflictos de interés con ningún participante.

11. PLAN DE DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En nuestro plan de difusión de resultados contamos con los siguientes congresos en los que poder difundir nuestro trabajo:

- XII Congreso Nacional Sociedad Española para el estudio de la obesidad (SEEDO). Se celebrará en Málaga.
- IX Congreso Federación de las Asociaciones de Enfermería Familiar y Comunitaria (FAECAP), I Congreso [Asociación Galega de Enfermería Familiar y Comunitaria](#) (AGEFEC) y V Encuentro enfermeros internos residentes y de tutores de especialistas de Enfermería Familiar y Comunitaria. Se celebrará en Santiago de Compostela (A Coruña). El lema elegido para el Congreso es “Cuidar etapa tras etapa” y con él los organizadores quieren destacar que tanto la formación como la proximidad a los ciudadanos y ciudadanas hacen de la enfermera familiar y comunitaria la única profesional sanitaria con conocimientos suficientes para el cuidado y promoción del autocuidado de las personas, familias y comunidad, a lo largo de todas las etapas del ciclo vital, desde el nacimiento hasta la muerte.
- III Congreso de la Federación Española de Sociedades de Nutrición, Alimentación y Dietética (FESNAD), se celebrará en Sevilla. El programa científico recogerá gran variedad de temas de máxima actualidad e interés para los que trabajan en el campo de
- la alimentación, nutrición y dietética y otras áreas de salud relacionadas. Pretendemos que el programa científico sea atractivo y de interés por su actualidad, seleccionando para ello un gran número de ponentes con gran experiencia profesional y reconocimiento científico nacional e internacional.
- Conferencia internacional del Consejo internacional de enfermería (CIE) y Consejo de representantes nacionales (CNR). Se llevará a Validación del Perfil del Estilo de Vida de Pender para población española

en Seúl, República de Korea. Este encuentro internacional de miles de enfermeras explorará la importancia de la comprensión intercultural y la cooperación mundial en la enfermería. Los principales objetivos del Congreso son: para avanzar y mejorar la cobertura y calidad de los servicios de salud; para demostrar la contribución de la enfermería a la salud de las personas, familias y comunidades; proporcionar oportunidades para un profundo intercambio de experiencias y conocimientos dentro y fuera de la comunidad internacional de enfermería.

- 36 congreso nacional de la asociación española de enfermería en cardiología. Santiago de Compostela.

También se llevará a cabo la difusión del trabajo en alguna de las siguientes revistas:

En español:

- Rol de Enfermería. Índice de impacto: 0,2388
- Metas de Enfermería. Índice de impacto: 0,4487
- Atención Primaria. Índice de impacto: 0,957
- Gaceta Sanitaria. Índice de impacto: 1,116

En inglés:

- International Journal of Nursing Studies. Índice de impacto: 2,178
- Journal of Clinical Nursing. Índice de impacto: 1,768
- Nurse Education Today. Índice de impacto: 1,281
- Research in nursing & health. Índice de impacto: 2.181

En portugués:

- Revista brasileira de Enfermagem. Índice de impacto:1,5113

- Acta Paulista de Enfermagem. Índice de impacto: 0,142

12. FINANCIACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

13.1. RECURSOS Y COSTES NECESARIOS.

Tabla V. Recursos y costes necesarios.

MATERIAL	COSTE UNITARIO	COSTE TOTAL
Infraestructura		
Hospitales		
Recursos humanos		
Colaboración de los supervisores de los centro de Atención Primaria		
Recursos Materiales		
Material Fungible: -Material de oficina: bolígrafos, folios, cartuchos de tinta, fotocopias, tóner, CDs etc.		600€
1 ordenador	600€	600€
1 impresora	150€	150 €
1 grabadora	50€	50€
Dietas, Viajes y gastos administrativos		

Viajes		1.000 €
Dietas y alojamiento		1.000€
Difusión del Trabajo		4000€
Imprevistos		2000€
TOTAL		9400€

12.2. Posibles fuentes de financiación:

Financiación Pública:

- El departamento de enfermería de formación del CHUAC dispone presupuestos para costear inscripciones a congresos.
- Plan de investigación, innovación e crecimiento 2011-2015 da Xunta de Galicia.
- Beca del instituto Carlos III para proyectos de investigación en salud
- National Institutes of Health financia pequeños proyectos de investigación en diversas áreas, entre ellas, la investigación en enfermería.

Financiación Privada:

- Becas a la investigación Ignacio H. de Larramendi pertenecientes a la fundación Mapfre. Apoyo económico en proyectos de investigación relacionados con la salud.
- Ayudas del colegio de enfermería para ponencias en la comunidad autónoma propia o en fuera de ella.

13. AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer el apoyo que ha mostrado mi tutora de proyecto Elvira Cobas, para la elaboración del mismo ya que sin su ayuda no sería posible. Agradecer también el apoyo de mis compañeros de mi promoción con los que he compartido opiniones y consejos durante este proceso.

14. CONFLICTO DE INTERESÉS

Yo, Roberto Pazos Casal, investigador de este estudio, manifiesto que no he tenido ningún tipo de conflicto de intereses durante la elaboración de este diseño de estudio y espero no tenerlos durante su difusión.

16. BIBLIOGRAFÍA

1- Córdoba R, Cabezas C, Caramalles F, Gómez J, Díaz Herráez D, López A. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Aten Primaria. 2012; 44 (1): 16-22.

2-Organización Mundial de la Salud. Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial [sede web]. Ginebra (Suiza): Organización Mundial de la Salud; 2008 [18 abril 2008]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_8-sp.pdf.

3- Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares [sede web].Ginebra (Suiza): Organización Mundial de la Salud; 2013 [Marzo 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>.

4- Maiques A, Brotóns C, Villar F, Navarro J, Martín E, Lobos-Bejerano JM. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. Aten Primaria. 2009; 44 (1); 3-15.

5- Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio un instrumento en el trabajo [sede web]. Ginebra (Suiza): Organización Mundial de la Salud; 2006. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_work_spanish.pdf.

6- V Encuesta nacional de condiciones de trabajo. Madrid. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.2010.

7- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles [sede web]. Ginebra (Suiza): 2010. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf.)

- 8- Consellería de sanidade. Estrategia SERGAS 2014. La sanidad pública al servicio del paciente. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, servicio gallego de salud; 2014
- 9- Caricote E, Figueroa E. La salud como valor. Educ Val. 2006; 1 (5):69-78.
- 10- Becoña E, Vázquez F, Oblitas L. Promoción de los estilos de vida saludables. Alapsa. 2004; 5 (1): 1-40.
- 11- Velasco S, Ruiz MT, Álvarez-Dardet C. Modelos de atención a los síntomas somáticos sin causa orgánica. De los trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres. Rev Esp Salud Pública. 2006; 80: 317-333.
- 12- Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y Teorías en Enfermería. 7ª ed. Barcelona: Editorial Elsevier; 2008. Pp. 452-471.
- 13- Rodriguez P. La atención integral centrada en la persona. Informes portal mayores. Madrid, 2010.
- 14- Rivera de los Santos F, Ramos P, Moreno C, Hernán M. Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en la salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. Rev Esp Salud Pública. 2011; 85 (2)
- 15- Lindstrom B, Erikson M. Contextualizar salutogénesis y Antonovsky en salud pública. Promoción de la salud internacional. 2006; 21:238-244.
- 16- Antonovsky A. The salutogenic model as theory to guide health promotion. Health Promot Int. 1996; 11: 11-18.
- 17- Erikson M y Lindstrom B. A salutogenic interpretation on the Ottawa Charter. Health Promot Int. 2008; 23: 98-190.
- 18- Boletín Oficial del Estado. Ley 14/1986 General de Sanidad. BOE número 102 de 29/4/1986.

- 19- Orem D. Modelo de Orem conceptos de enfermería en la práctica. 1º ed. Barcelona: Masson; 1993.
- 20- Pender N. Health Promotion. 2ª ed. Ne York: Appleton & Lange; 1987
- 21- Bandura A. Teoría del aprendizaje social. 1ª ed. Madrid: Espasa-Calpe; 1987.
- 22- Feather T. Expectations and actions: Expectancy-value model in psychology. New Jersey: Lawrence erlbaum associates; 1982).
- 23- Becker M. The health belief model and personal health behaviour). 3º ed. New Jersey: Charles B. Slack; 1974.
- 24- Walker S, Scherist K, Pender K. Health promoting lifestyle profile. Omaha: University of Nebraska Medical Center, College of Nursing; 1995.
- 25- Walker S, Sechrist K, Pender N. The Health-Promoting Lifestyle Profile: Development and psychometric characteristics. Nurs Res. 1987; 36(2): 76-81
- 26- Pender N, Murdaugh C, Parsons M. Health promotion in nursing practice. 5ª Ed. New Jersey: Pearson Prentice Hall; 2006
- 27- Antonovsky A. Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. 1ª ed. California: Jossey Bass; 1987.
- 28- Walker S, Hill-Polerecky D. Psychometric evaluation of Health-Promoting Lifestyle Profile II. Unpublished manuscript. University of Nebraska Medical Center; 1996
- 29- Ardell, D. High level wellness: An alternative to doctors, drugs and disease. 1ª ed. California: Ten speed press; 1986.
- 30- Dossey B, Keegan L, Kolkmeir L, Guzzetta C. Holistic health promotion. 1ª Ed. Maryland; 1989.

- 32- Walker S, Kerr J, Pender NJ, Sechrist K. A Spanish language version of the health-promoting lifestyle profile. *Nurs Res.* 1990; 39(6): 268-273.
- 33 Pender N, Walker S, Sechrist K, Stromborg M. Development and testing of the health promotion model. 1988; 24 (6): 41-3.
- 34- Kvamme et al. Interpretation of questionnaires: An translation method problema. *Nord Med.* 1998; 113: 363-4.
- 35- Aymerich M, Guillamón I, Perkal H, Nos C, Porcel J, Berra S et al. Adaptación al español del cuestionario específico MSQOL-5^a para pacientes con esclerosis múltiple. *Neurología.* 2006; 21 (4): 181-187.
- 36- Traducción, validación y adaptación de un cuestionario para medir la cultura de seguridad del paciente en Atención Primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010.
- 37- Pita Fernández S. *Fisterra.com* [sede web]. Determinación del tamaño muestral. Coruña: *fisterra.com*; 1996 [actualizada el 1 de diciembre de 2010; acceso el 20 de mayo de 2014]. Disponible en: <https://www.fisterra.com> .

16. ANEXOS

16.1. Documento Informativo

Documento informativo: Estudio de Investigación.

“Validación de un instrumento que facilite el proceso de atención de enfermería en el marco de la Teoría de Pender”

Investigador: Roberto Pazos Casal

En la mayor parte de los países desarrollados el modelo de atención a la salud está eminentemente centrado en la enfermedad, en lugar de tener una orientación salutogénica, más coherente con las tendencias contemporáneas que buscan la transformación de los sistemas sanitarios a fin de hacerlos más sostenibles. La teoría de promoción de la salud de Pender asume este reto recolocando la atención sobre la persona y sus procesos vitales buscando que ésta muestre disposición para llevar a cabo ciertas conductas que ella agrupa bajo la denominación de "estilo de vida saludable". Así mismo Pender, pone un gran énfasis en los aspectos que pueden afectar a la disposición de una persona para iniciar o mantener dicho estilo de vida saludable, contribuyendo al reto global de comprender y estimular la conducta de las personas en dirección a la salud. Si bien podría ser de gran utilidad, el modelo de Pender no se ha traducido al español, y sus instrumentos carecen de validez y actualización en nuestro medio, de ahí que se plantee este estudio con el objetivo de diseñar y validar un instrumento que facilite el proceso de atención de enfermería en atención primaria de salud en el marco de la teoría de promoción de la salud de Pender.

Este estudio va dirigido a los distintos hombres y mujeres con una edad comprendida entre 18 y 64 que quieran ayudar a validar un instrumento que les ayudará posteriormente a evaluar sus hábitos de vida para orientarlos hacia conductas más promotoras de la salud.

Su colaboración en el estudio es voluntaria y desinteresada. Si usted desea colaborar, debe saber que la comunicación y cesión de sus datos, se realizará conforme a lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de Diciembre, de protección de datos de carácter personal. En todo

Documento Informativo: Estudio de Investigación.

momento tiene por parte del Investigador el compromiso de absoluta confidencialidad.

Se mantendrá el anonimato durante el estudio y tras la finalización del mismo todo dato personal será eliminado. Cualquier duda que pueda surgir será resuelta por el Investigador en cualquier momento. También se podrá dirigir para presentar sus dudas a este correo electrónico: roberto.pazos@udc.es. Si decide participar tendrá que firmar también el consentimiento informado adjunto a esta información y entregarlo al responsable de este estudio.

16.2. Consentimiento Informado

Consentimiento Informado

“Validación de un instrumento que facilite el proceso de atención de enfermería en el marco de la Teoría de Pender”

Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal)

D./Dña..... mayor de edad, con DNI.....

Manifiesto:

Que, en fecha/...../2014, fui informado/a del estudio por el investigador Roberto Pazos Casal, que me entrega un documento informativo del estudio a realizar, y he podido conversar con ella y hacerle todas las preguntas sobre dicho estudio para poder comprender sus condiciones. Entendí toda la información que se me proporcionó y todas las dudas fueron aclaradas satisfactoriamente. En caso de que aparezca alguna ausencia del investigador, comprendí que puedo establecer contacto con él para solucionar los problemas a partir de ahora y durante todo el estudio.

Consiento:

Libremente mi conformidad para participar en el estudio del investigador responsable del proyecto y sus colaboradores, para que se utilicen mis datos en las condiciones señaladas, teniendo en cuenta que mi participación es voluntaria y que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

Firma dos ejemplares en.....a....de.....de.....

Firma del profesional

Firma del responsable

Decido revocar el consentimiento para la realización del procedimiento referido en este documento.

Firma del profesional

Firma testigo

Firma responsable

16.3. CUESTIONARIO PERFIL DE ESTILO DE VIDA SEGÚN PENDER (PEVP-II)

CUESTIONARIO PERFIL DE ESTILO DE VIDA SEGÚN PENDER (PEVP-II)

Este cuestionario contiene oraciones acerca de su estilo de vida o hábitos personales al presente. Por favor, responda a cada oración lo más exacto posible y trate de no pasar por alto ninguna oración. Indique la frecuencia con la que usted se dedica a cada conducta o costumbre, haciendo un círculo alrededor de la respuesta correcta:

N= nunca, A= algunas veces, M= frecuentemente o R= rutinariamente

1. Disuto mis problemas y preocupaciones con personas allegadas.	N A M R
2. Escojo una dieta baja en grasas, grasas saturadas, y en colesterol	N A M R
3. Informo a un doctor(a) o a otros profesionales de la salud ante cualquier señal inusual o síntoma extraño	N A M R
4. Sigo un programa de ejercicios planificados	N A M R
5. Duermo lo suficiente	N A M R
6. Siento que estoy creciendo y cambiando en una forma positiva	N A M R
7. Elugio fácilmente a otras personas por sus éxitos	N A M R
8. Limito el uso de azúcares y alimentos que contienen azúcar	N A M R
9. Leo o veo programas de televisión acerca del mejoramiento de la salud	N A M R

CUESTIONARIO PERFIL DE ESTILO DE VIDA SEGÚN PENDER (PEVP-II)

10. Hago ejercicios vigorosos 20 o más minutos, por lo menos tres veces a la semana (tales como caminar rápidamente, andar en bicicleta, baile aeróbico, usar la máquina escaleadora)	N A M R
11. Tomo algún tiempo para relajarme todos los días	N A M R
12. Creo que mi vida tiene propósito	N A M R
13. Mantengo relaciones significativas y enriquecedoras	N A M R
14. Como de 6-11 porciones de pan, cereales, arroz, o pasta (fideos) todos los días.	N A M R
15. Hago preguntas a los profesionales de la salud para poder entender sus instrucciones	N A M R
16. Tomo parte en actividades físicas livianas a moderadas (tales como caminar continuamente de 30 a 40 min, 3 o más veces a la semana)	N A M R
17. Acepto aquellas cosas en mi vida que yo no puedo cambiar.	N A M R
18. Miro adelante hacia el futuro	N A M R
19. Paso tiempo con mis amigos íntimos	N A M R
20. Como de 2 a 4 porciones de frutas todos los días	N A M R

CUESTIONARIO PERFIL DE ESTILO DE VIDA SEGÚN PENDER (PEVP-II)

21. Busco una segunda opinión, cuando pongo en duda las recomendaciones de mi proveedor de servicios de salud.	N A M R
22. Tomo parte en actividades físicas de recreación (tales como bailar, nadar, andar en bicicleta)	N A M R
23. Me concentro en pensamientos agradables a la hora de acostarme	N A M R
24. Me siento satisfecho y en paz conmigo mismo(s)	N A M R
25. Se me hace fácil demostrar preocupación, amor y cariño a otros	N A M R
26. Como de 3 a 5 porciones de vegetales todos los días	N A M R
27. Discuto mis cuestiones de salud con profesionales de la salud	N A M R
28. Hago ejercicios para estirar los músculos por los menos 3 veces por semana	N A M R
29. Uso métodos específicos para controlar mi tensión	N A M R
30. Trabajo hacia metas de largo plazo en mi vida	N A M R
31. Toco y soy tocado(s) por las personas que me importan	N A M R
32. Como de 2 a 3 porciones de leche, yogurt, o queso cada día	N A M R

□

CUESTIONARIO PERFIL DE ESTILO DE VIDA SEGÚN PENDER (PEVP-II)

33. Examino mi cuerpo por lo menos mensualmente, por cambios físicos o señales peligrosas	N A M R
34. Hago ejercicios durante actividades físicas usuales diariamente (tales como caminar a la hora del almuerzo, utilizar escaleras en vez del ascenso, estacionar el coche lejos del lugar de destino y, caminar)	N A M R
35. Mantengo un balance del tiempo entre el trabajo y pasatiempos	N A M R
36. Encuentro cada día interesante y retador (estimulante)	N A M R
37. Busco maneras de llenar mis necesidades de intimidad	N A M R
38. Como solamente de 2 a 3 porciones de carne, aves, pescado, frijoles, huevos y nueces todos los días	N A M R
39. Pido información a los profesionales de la salud sobre como tomar cuidado de mí mismo(s)	N A M R
40. Examino mi pulso cuando estoy haciendo ejercicios	N A M R
41. Practico relajación o meditación por 15-20 min diariamente	N A M R
42. Estoy consciente de lo que es importante en mi vida	N A M R
43. Busco apoyo de un grupo de personas que se preocupan por mí	N A M R

CUESTIONARIO PERFIL DE ESTILO DE VIDA SEGÚN PENDER (PEVP-II)

44. Leo las etiquetas nutritivas para identificar el contenido de grasas y sodio en los alimentos envasados	N A M R
45. Asisto a programas educativos sobre el cuidado de salud personal	N A M R
46. Alcanzo mi pulso cardíaco objetivo cuando hago ejercicios	N A M R
47. Mantengo un balance para prevenir el cansancio	N A M R
48. Me siento unido(s) con una fuerza más grande que yo	N A M R
49. Me pongo de acuerdo con otros por medio del diálogo y compromiso	N A M R
50. Como y desayuno	N A M R
51. Busco orientación o consejo cuando es necesario	N A M R
52. Expongo a mi persona a nuevas experiencias y retos	N A M R

16.4. CUESTIONARIO PERFIL DE ESTILO DE VIDA SEGÚN PENDER (PEVP-II) AMPLIADO CON LAS RECOMENDACIONES DEL PAPPS

CUESTIONARIO PERFIL DE ESTILO DE VIDA SEGÚN PENDER (PEVP-II) AMPLIADO CON LAS RECOMENDACIONES DEL PAPPS

Este cuestionario contiene oraciones acerca de su estilo de vida o hábitos personales al presente. Por favor, responda a cada oración lo más exacto posible y trate de no pasar por alto ninguna oración. Indique la frecuencia con la que usted se dedica a cada conducta o costumbre, haciendo un círculo alrededor de la respuesta correcta:

N= nunca, A= algunas veces, M= frecuentemente o R= rutinariamente

1. Discuto mis problemas y preocupaciones con personas allegadas.	N A M R
2. Escojo una dieta baja en grasas, grasas saturadas, y en colesterol	N A M R
3. Informo a un doctor(e) o a otros profesionales de la salud ante cualquier señal inusual o síntoma extraño	N A M R
4. Sigo un programa de ejercicios planificados	N A M R
5. Duermo lo suficiente	N A M R
6. Siento que estoy creciendo y cambiando en una forma positiva	N A M R
7. Elogio fácilmente a otras personas por sus éxitos	N A M R
8. Limito el uso de azúcares y alimentos que contienen azúcar	N A M R
9. Leo o veo programas de televisión acerca del mejoramiento de la salud	N A M R

CUESTIONARIO PERFIL DE ESTILO DE VIDA SEGÚN PENDER (PEVP-II)
AMPLIADO CON LAS RECOMENDACIONES DEL PAPPS

10. Hago ejercicios vigorosos 20 o más minutos, por lo menos tres veces a la semana (tales como caminar rápidamente, andar en bicicleta, baile aeróbico, usar la máquina escaleadora)	N A M R
11. Tomo algún tiempo para relajarme todos los días	N A M R
12. Creo que mi vida tiene propósito	N A M R
13. Mantengo relaciones significativas y enriquecedoras	N A M R
14. Como de 6-11 porciones de pan, cereales, arroz, o pasta (fideos) todos los días.	N A M R
15. Hago preguntas a los profesionales de la salud para poder entender sus instrucciones	N A M R
16. Tomo parte en actividades físicas livianas a moderadas (tales como caminar continuamente de 30 a 40 min, 5 o más veces a la semana)	N A M R
17. Acepto aquellas cosas en mi vida que yo no puedo cambiar.	N A M R
18. Miro adelante hacia el futuro	N A M R
19. Paso tiempo con mis amigos íntimos	N A M R
20. Como de 2 a 4 porciones de frutas todos los días	N A M R

CUESTIONARIO PERFIL DE ESTILO DE VIDA SEGÚN PENDER (PEVP-II)
AMPLIADO CON LAS RECOMENDACIONES DEL PAPPS

21. Busco una segunda opinión, cuando pongo en duda las recomendaciones de mi proveedor de servicios de salud.	N A M R
22. Tomo parte en actividades físicas de recreación (tales como bailar, nadar, andar en bicicleta)	N A M R
23. Me concentro en pensamientos agradables a la hora de acostarme	N A M R
24. Me siento satisfecho y en paz conmigo mismo(a)	N A M R
25. Se me hace fácil demostrar preocupación, amor y cariño a otros	N A M R
26. Como de 3 a 5 porciones de vegetales todos los días	N A M R
27. Discuto mis cuestiones de salud con profesionales de la salud	N A M R
28. Hago ejercicios para estirar los músculos por los menos 3 veces por semana	N A M R
29. Uso métodos específicos para controlar mi tensión	N A M R
30. Trabajo hacia metas de largo plazo en mi vida	N A M R
31. Toco y soy tocado(a) por las personas que me importan	N A M R
32. Como de 2 a 3 porciones de leche, yogurt, o queso cada día	N A M R

CUESTIONARIO PERFIL DE ESTILO DE VIDA SEGÚN PENDER (PEVP-II)
AMPLIADO CON LAS RECOMENDACIONES DEL PAPPS

33. Examino mi cuerpo por lo menos mensualmente, por cambios físicos o señales peligrosas	N A M R
34. Hago ejercicios durante actividades físicas usuales diariamente (tales como caminar a la hora del almuerzo, utilizar escaleras en vez del ascenso, estacionar el coche lejos del lugar de destino y, caminar)	N A M R
35. Mantengo un balance del tiempo entre el trabajo y pasatiempos	N A M R
36. Encuentro cada día interesante y retador (estimulante)	N A M R
37. Busco maneras de llenar mis necesidades de intimidad	N A M R
38. Como solamente de 2 a 3 porciones de carne, aves, pescado, frijoles, huevos y nueces todos los días	N A M R
39. Pido información a los profesionales de la salud sobre como tomar cuidado de mi mismo(s)	N A M R
40. Examino mi pulso cuando estoy haciendo ejercicios	N A M R
41. Practico relajación o meditación por 15-20 min diariamente	N A M R
42. Estoy consciente de lo que es importante en mi vida	N A M R
43. Busco apoyo de un grupo de personas que se preocupan por mí	N A M R

CUESTIONARIO PERFIL DE ESTILO DE VIDA SEGÚN PENDER (PEVP-II)
AMPLIADO CON LAS RECOMENDACIONES DEL PAPPS

44. Leo las etiquetas nutritivas para identificar el contenido de grasas y sodio en los alimentos envasados	N A M R
45. Asisto a programas educativos sobre el cuidado de salud personal	N A M R
46. Alcanzo mi pulso cardíaco objetivo cuando hago ejercicios	N A M R
47. Mantengo un balance para prevenir el cansancio	N A M R
48. Me siento unido(s) con una fuerza más grande que yo	N A M R
49. Me pongo de acuerdo con otros por medio del diálogo y compromiso	N A M R
50. Como y desayuno	N A M R
51. Busco orientación o consejo cuando es necesario	N A M R
52. Expongo a mi persona a nuevas experiencias y retos	N A M R
53. Durante el último mes he fumado todos los días al menos un cigarrillo.	N A M R
54. En una jornada de 24 horas nunca consumo más de 4 bebidas alcohólicas (del tipo de una cerveza, una copa de vino o un chupito de una bebida alcohólica blanca) en el caso de una mujer o 6 en el caso de un hombre.	N A M R

CUESTIONARIO PERFIL DE ESTILO DE VIDA SEGÚN PENDER (PEVP-II)
AMPLIADO CON LAS RECOMENDACIONES DEL PAPPS

55. Regular o esporádicamente consumo algún tipo de sustancia tóxica como cocaína, cannabis, pastillas, speed etc.	N A M R
56. Conduzco respetando las normas de circulación y/o viaje en cualquier medio de transporte que respete las normas de circulación.	N A M R
57. Mantengo relaciones sexuales utilizando preservativos u otros métodos de barrera.	N A M R

16.5. CRONOGRAMA PLAN DE TRABAJO

	2013		2014										2015						
	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5
Búsqueda bibliográfica.																			
Análisis, interpretación y síntesis de la bibliografía.																			
Elaboración del diseño de la investigación. Selección de la muestra.																			
Envíos de permisos. Solicitud de colaboración.																			
Inicio del trabajo de investigación: adaptación transcultural del PEVP-II, ampliación del PEVP-II con las recomendaciones del PAPPS y validación del documento final.																			
Redacción final del documento de investigación.																			
Publicación y difusión del estudio.																			

