

Modelo de promoción de salud dirigido a la población con riesgo de cardiopatía isquémica

Model of health promotion directed to population at risk of ischemic heart disease

Dr. C. Mislenny Martínez Pérez

Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Matanzas, Cuba.

RESUMEN

Introducción: para el desarrollo de esta investigación se partió de reconocer la importancia que tiene la reducción de los factores de riesgo de cardiopatía isquémica y la necesidad de fortalecer las acciones de promoción de la salud y la educación para la salud en el contexto cubano, sustentada en el principio del mejoramiento y desarrollo continuo de los procesos. Se dispone de modelos y teorías internacionales que abordan esta problemática; pero no se ajustan completamente a la impronta cubana.

Objetivo: diseñar un modelo de promoción de la salud dirigido a la población con factores de riesgo de cardiopatía isquémica.

Materiales y métodos: se utilizó la triangulación metodológica, los grupos focales y encuestas con expertos, usuarios, líderes formales, informales, sujetos con factores de riesgo de cardiopatía isquémica y familias.

Resultados: el modelo tiene una estructura que define dos dimensiones y seis categorías que se interrelacionan en forma dinámica.

Conclusiones: se demostró la factibilidad y pertinencia del modelo de promoción de salud dirigido a la población con factores de riesgo de cardiopatía isquémica en la atención primaria de salud.

Palabras clave: modelos de salud, promoción de salud, cardiopatía isquémica, factores de riesgo coronario, atención primaria de salud.

ABSTRACT

Introduction: the basis to carry out this research was recognizing the importance of reducing the risk factors of ischemic heart disease and the necessity of strengthening the health promotion and educative actions in the Cuban context, on the principle of the continuous improvement and development of the processes. There are international models and theories approaching this topics, but they are not completely adjusted to the Cuban reality.

Objective: to design a model of health promotion directed to the population with risk factors of ischemic heart disease.

Materials and methods: we used the methodological triangulation, focal groups and surveys with experts, users, formal and informal leaders, persons with heart disease risk factors and relatives.

Results: the model has a structure defining two dimensions and six categories interrelated in a dynamical way.

Conclusions: the feasibility and pertinence of the health promotion model, directed to the population with risk factors of ischemic heart disease in the primary health care, was showed.

Key words: health models, health promotion, ischemic heart disease, coronary risk factors, primary health care.

INTRODUCCIÓN

La modelación como esquema mental facilita el razonamiento más preciso de los conceptos y las relaciones entre ellos porque un modelo es una idea que se explica a través de la visualización simbólica conceptual. Se requiere de la elaboración de un modelo como resultado científico de una investigación, cuando la ciencia pretende conocer la esencia de un objeto; pero debido a la amplitud, complejidad y diversidad de información contenido en este, se necesita buscar un medio auxiliar que posibilite su simplificación y que posteriormente pueda servir como instrumento para la predicción de acontecimientos que no han sido observados aún.¹

En Cuba se reconoce que la cardiopatía isquémica (CI), tiene un importante peso específico en cuanto a la morbilidad y mortalidad en la población menor de 65 años. El

enfoque de riesgo ha permitido tener una caracterización general de los individuos que son afectados por esta entidad nosológica, sin embargo los esfuerzos realizados para su control todavía no logran un resultado estable en la disminución de la incidencia y prevalencia de esta afección. Es por ello que se requiere de los profesionales de la salud un "saber hacer", donde no basta la actualización clínica, son necesarias también determinadas destrezas para hacer efectivas las acciones educativas que contribuyan de forma eficaz a la prevención de los factores de riesgo de la cardiopatía isquémica (FRCI).²⁻⁴

Como primer acercamiento al problema se realizó una amplia revisión de la literatura publicada en revistas, periódicos y libros, así como tesis de doctorado, especialidad y maestría e incluyó las bases de datos HINARI, MEDLINE, LILACS y SciELO y en documentos internacionales relacionados con la promoción de la salud. El eje de búsqueda se centró en los modelos de promoción, educación para la salud, programas educativos, estrategias e intervenciones de base comunitaria para la prevención de CI. Se analizó la información, identificándose interrelaciones, limitaciones y desafíos en el tema de investigación.

Tanto en proyectos comunitarios clásicos como el de "Karelia del Norte" en Finlandia, y estudios nacionales realizado por Dueñas y colaboradores titulado "Prevalencia de factores de riesgo coronario en el municipio 10 de Octubre", así como el "Proyecto Global de Cienfuegos" en Cuba,⁵⁻⁷ se ha demostrado que resulta obligado reconocer la necesidad de que las estrategias de base comunitaria aborden un amplio rango de patrones determinantes de la salud y engloben acciones de promoción y de educación para la salud con respaldo comunitario.

El análisis de las publicaciones referenciadas anteriormente permitió constatar como regularidad, que las estrategias documentadas no se sustentan en un modelo de promoción de la salud contextualizado a la realidad local; únicamente se encontró un respaldo teórico definido en las intervenciones comunitarias con estructura solo capacitantes en las que no se desarrollan las habilidades para modificar conductas no saludables. En este caso el estudio realizado por Castellano y col,⁸ en que los autores declaran utilizar varios modelos de comportamientos según etapas de la vida.

Es evidente la necesidad de modificar las formas de realizar acciones de promoción y educación para la salud, ya que los resultados en el control del riesgo de CI son insuficientes, si se comparan con el éxito alcanzado en la reducción de indicadores de enfermedades transmisibles. Es conveniente, apuntar que en el análisis documental del tema abordado se observa un interés mundial en el mismo; pero no ha sido lo suficiente sistematizado en estudios teóricos y metodológicos.

Se dispone de una diversidad de teorías, modelos, estrategias metodológicas e intervenciones; pero ninguna que aborde las acciones de promoción de la salud dirigidas a población con riesgo de cardiopatía isquémica, a partir de un modelo que contemple las dimensiones antes descritas, en el contexto cubano.

La necesidad de diseñar un *modelo de promoción de salud dirigido a la población con factores de riesgo de CI en el contexto cubano*, estriba en redimensionar desde una nueva perspectiva de análisis la comprensión más plena de la promoción de la salud como un proceso viable. Explica cómo opera la misma en la práctica, cómo se combinan los métodos, medios, técnicas y cómo se tienen en cuenta los

requerimientos en el desarrollo del proceso y los pasos que se siguen para alcanzar los objetivos propuestos.

Con el ánimo de aportar en las discusiones metodológicas y de comprensión del problema desde una interpretación de carácter integral, esta investigación se orientó a diseñar un modelo de promoción de salud dirigido a la población con factores de riesgo de cardiopatía isquémica con una dimensión individual y comunitaria, desde el contexto histórico-social cubano.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una investigación analítica de tipo observacional, descriptiva correlacional, en el período comprendido de agosto 2014 a agosto de 2017, en el policlínico “Ramón Martínez”, de Santa Marta, Varadero, Matanzas, Cuba.

El universo de estudio estuvo constituido por 75 profesionales de la salud (100%). Especialistas en Medicina Integral General (MGI), y Licenciadas en Enfermería que se desempeñan en los trece consultorios del médico y enfermera de la familia (CMEF) del área “Ramón Martínez” y directivos del área de salud.

Se diseñaron instrumentos de observación y evaluación validados al efecto.

Se realizó una revisión bibliográfica, documental y se indagó por la condición de morbilidad y mortalidad de la CI a nivel internacional, nacional, provincial, municipal.

Se aplicó a los directivos de salud un Grupo Nominal para identificar los problemas que afectan el desarrollo de las acciones de promoción y educación para la salud.

Se elaboraron instrumentos para la identificación de necesidades de capacitación sustentados en el modelo de Leiva.⁹ A ese fin se diseñó un cuestionario auto-administrado para identificar necesidades de conocimiento en materia de promoción y educación para la salud en los profesionales participantes en el estudio.

RESULTADOS

Se validó el cuestionario auto-administrado y se evaluó la confiabilidad por medio del coeficiente α de Cronbach,¹⁰ este índice demostró la consistencia interna y se consideró 0.7 como valor mínimo de confiabilidad.

Se estudió la validez de contenido como un requisito del proceso de construcción de instrumentos, para ello se utilizó el criterio de expertos. Para este propósito se seleccionó la técnica Delphi por su reconocido uso en aplicaciones de consenso.¹¹

Se solicitó a los expertos que valoraran si se cumplían los cinco principios básicos propuestos por Moriyama se utilizó esta técnica por ser muy viable su interpretación y su reconocida aplicación en varias investigaciones realizadas.¹²⁻¹⁶

Se identificaron como limitantes de la realización de las acciones de promoción de salud y EPS, las necesidades de conocimiento encontradas al aplicar el cuestionario auto-administrado por lo que se elaboró un Diplomado de Promoción y Educación para la Salud que permitió habilitarlos con los conocimientos necesarios.

Con el objetivo de obtener información sobre los factores que favorecen las conductas de riesgo para la CI y obtener propuestas de acciones comunitarias e intersectoriales,¹³⁻¹⁶ se planteó conocer la opinión de los líderes formales (dirigentes del Consejo de la Administración Local) y líderes informales mediante la realización de tres grupos focales con 10 integrantes cada uno.

Las sesiones fueron conducidas por la autora, una psicóloga y una estudiante de psicología de la salud que asumió la relatoría de las sesiones. Los problemas fueron resumidos y jerarquizados en los propios grupos, a través de la técnica de la espina de pescado de Ishikawa. La información general se sintetizó haciendo agrupaciones mediante el análisis de los contenidos.

Para articular la relación entre el riesgo cardiovascular y acciones educativas se revisó un total de 967 historias clínicas familiares y 1139 historias clínicas individuales de los 13 CMEF, la indagación en estos documentos estuvo encaminada a dar respuesta a las siguientes interrogantes ¿qué acciones de promoción y educación para la salud se realizan?, ¿cómo?, ¿cuándo? y ¿dónde se realizan?, ¿quienes participan en su ejecución?^{17,18}

Se realizó la revisión documental de intervenciones individuales y poblacionales basadas en la comunidad, tesis de especialidades, maestrías y doctorados en diferentes sitios de Infomed e Internet y en las bibliotecas médicas de las provincias de Villa Clara, Matanzas y Habana. Se revisaron además documentos programáticos entre los que se encuentran: programa de trabajo del médico y enfermera de la familia, programas de control de la hipertensión arterial, tabaquismo, cardiopatía isquémica y diversos programas educativos que permitieron el esclarecimiento del tema en relación con modelos que promueven salud y su utilización en el contexto nacional.¹⁸⁻²²

Definición de los componentes del modelo

- Selección de expertos

Para elaborar un sistema conceptual de valor instrumental se recogieron los hallazgos generados anteriormente y se efectuó una aproximación teórica a lo que serían los ejes de acción del modelo, escenarios, niveles de actuación, dimensiones y categorías. Para conformar definitivamente el modelo fue necesaria la selección de los expertos al usar el método Delphi tomando como regla de oro el criterio de expertos.²³ Este método se seleccionó por su reconocido uso en aplicaciones de consenso, se realizaron tres rondas de consultas con los expertos mediante la vía del correo electrónico en diferentes momentos del proceso de elaboración del modelo.

El grupo de expertos quedó conformado por un total de diez participantes seleccionados por su experiencia laboral, docente e investigativa por más de cinco años y preparación científico-técnica en el tema de promoción y educación para la salud, prevención cardiovascular y psicología de la salud.

- Construcción del modelo

El trabajo con los expertos permitió la homogenización de criterios, la construcción de las definiciones, confirmación de la pertinencia de dimensiones, categorías y demás componentes del modelo.

Se entregó la propuesta de lista de las dimensiones y categorías del modelo identificadas a partir de la información obtenida en los pasos anteriores, y se les preguntó si consideraban pertinente la medición de estas o la inclusión de otras modificaciones u omisión de las ya contempladas y si en éstas se cumplían los principios básicos expuestos por Moriyama.¹² La validación se realizó mediante una escala ordinal que incluyó las categorías de mucho, poco y nada. Se calculó el porcentaje de coincidencia de opinión en cada componente procesándose cualitativamente las respuestas. Se aceptó como buena la categoría cuando obtenía más del 80% de respuestas positivas coincidentes.

Al decantar de la lista elaborada por los expertos con los resultados de las opiniones se obtuvo una propuesta definitiva de las dimensiones y categorías, así como de los ejes, escenarios, niveles de actuación y demás componentes que tentativamente son una aproximación teórica a la realidad objetiva de la promoción de salud.

Triangulación metodológica

Se utilizó para elaborar el modelo propuesto los disímiles aportes derivados de los análisis teóricos obtenidos en la revisión bibliográfica, consultas con expertos, profesionales de la salud, líderes comunitarios, población objeto de estudio, investigaciones relacionadas con modelos de promoción, prevención, psicológicos, estrategias participativas, educativas y comunitarias.

DISCUSIÓN

Ante la no disponibilidad en el país de un modelo similar no se pudo realizar la prueba considerada “regla de oro”, por lo que en su lugar se efectuó el procedimiento de validez de contenido del modelo. Los expertos valoraron la pertinencia de la dimensión individual y comunitaria, así como las categorías que la integran y si en éstas se cumplían los principios básicos expuestos por Moriyama, la totalidad clasificó a ambas en la categoría de mucho para un 100 % de coincidencia. La dimensión individual estuvo conformada por lo cognitivo, afectivo y conductual y la dimensión comunitaria por empoderamiento para la salud, participación comunitaria e intersectorialidad.

Estudios preliminares que sirvieron de base para el diseño del modelo.

- Teoría de Aprendizaje Social de Bandura: se refiere a que el aprendizaje cuenta con cuatro componentes o procesos básicos: atención, retención, reproducción y motivación.²⁴⁻²⁶
- Enfoque histórico cultural y de la actividad de Vigotsky: versa sobre el carácter social del aprendizaje como elemento fundamental para la formación del sujeto en correspondencia con el contexto desarrollador socio histórico cultural que lo rodea y que permitirá su preparación integral.²⁴⁻²⁶

- Teoría de Cambio Social de Paulo Freire: plantea que el hombre no existe aislado de su realidad, el inicio de todo proceso de aprendizaje debe partir de la situación diaria y su experiencia personal, que determina su percepción de los hechos para que puedan comenzar a actuar.²⁴⁻²⁶

Rasgos generales del modelo.

La palabra modelo proviene del latín *modulus* que significa medida, ritmo, magnitud y está relacionada con la palabra *modus*: copia, imagen.²⁷

El propuesto en esta investigación es un modelo con:

Enfoque sistémico: existe interacción entre las partes que conforman el modelo como sistema, dado por la articulación entre ambas dimensiones, las dimensiones y sus categorías y entre estas y los demás componentes.

Abierto: tiene la capacidad de aproximarse al funcionamiento actual de la promoción de salud e incluir los cambios que se operan en la realidad, ingresando aportes necesarios para retroalimentarse o permitiendo la salida de obstáculos.

Referencial: depende del medio social en que se inserta.

Explicativo: se sustenta en la base conceptual precedente, tiene la capacidad de representar las características y relaciones fundamentales del fenómeno objeto de estudio, que es la promoción de salud desde sus referentes teóricos, proporciona explicaciones y sirve como guía para generar nuevas relaciones funcionales que se implementan en la práctica a través de una estrategia participativa.

Fundamentación del modelo: basada en la concepción psicológica, pedagógica, comunicativa y de promoción de salud.^{18,26-28}

Ejes de acción del modelo:

- Políticas de salud: consideradas en este estudio como el conjunto de decisiones que se traducen en actividades estratégicamente seleccionadas y que sirvieron de plataforma en la ejecución de las acciones individuales y comunitarias. La posibilidad de generar políticas a nivel local favoreció la consecución de los objetivos de salud propuestos.
- Educación para la Salud: se orientó a la organización de los procesos que promueven experiencias educativas capaces de influir favorablemente en los conocimientos, actividades y prácticas del individuo, y de la comunidad con respecto a su salud.

Escenarios de aplicación del modelo: constituidos por los espacios en que la persona y los grupos recrean las acciones de la vida cotidiana: hogar, centro de trabajo, centros de estudio y otros espacios comunitarios.

Niveles de ejecución:

- Informativo: se facilitó a los profesionales de salud, líderes formales e informales y población, información del proyecto comunitario realizado a tal

efecto, a través de reuniones con el grupo básico de salud, consejo de la administración y consejo popular, barrios y videos debates, emisión radial y televisiva local de mensajes educativos.

- Aplicativo: organización de actividades comunitarias con los profesionales de salud en las que se convocó a las organizaciones de masa para que apoyaran en la movilización de la población seleccionada y se convenieron las acciones intersectoriales.
- Productivo: se realizaron mensajes educativos y se difundieron a través de los medios de comunicación disponibles.

Dimensiones y categorías del modelo.

I- Dimensión individual: se refiere al individuo como ser biopsicosocial y personalidad única e irrepetible.¹⁹

Categorías:

- Cognitiva: la percepción como todo proceso psíquico es el reflejo subjetivo de la realidad objetiva; la percepción es la etapa que precede al conocimiento y la cognición no es equivalente a conocimiento (ni siquiera en su sentido estrecho), pues este se define como juicio, opiniones, discernimiento. Cognición es el proceso de enriquecimiento del hombre con nuevos conocimientos.²⁸
- Afectiva: se identificó la empatía como interacción constante entre afecto y cognición entre facilitador y educandos; existe una interacción constante entre afecto y cognición.²⁸
- Comportamental: se define a fines de este estudio, el comportamiento como la conducta de un individuo, considerada en un espacio y tiempo determinados²⁸. Incluimos en esta categoría a las personas con factores de riesgo modificables, según programa nacional de cardiopatía isquémica,¹⁷ clasificados como:

a) Fisiopatológicos: hipertensión arterial, colesterol y obesidad.

b) Conductuales: hábito de fumar y sedentarismo.

II- Dimensión comunitaria: involucra a los miembros de una comunidad en la cual los intereses son afines, garantiza mayor efectividad ya que el éxito de las estrategias depende de que los involucrados lo sientan como algo propio, responsabilizándose por el problema y participando en su solución.

Categorías

Empoderamiento para la salud: una comunidad empoderada para su salud es aquella cuyos individuos y organizaciones aplican sus habilidades y recursos en esfuerzos colectivos destinados a abordar las prioridades sanitarias y a satisfacerlas.²⁹

Participación comunitaria: es la tarea en que las organizaciones formales e informales y la comunidad participan activamente tomando decisiones, asumiendo responsabilidades específicas y fomentando la creación de nuevos vínculos de colaboración.²⁹

Intersectorialidad: intervención de instituciones representativas de más de un sector

social, en acciones destinadas total o parcialmente a abordar un problema vinculado con la salud su bienestar y calidad de vida.²⁹

Contribuciones del modelo

Es deductivo porque transita de la teoría general del conocimiento científico aplicada a la promoción de salud hasta las particulares del aprendizaje social, enfoque histórico cultural de Vigotsky y teoría de cambio social de Paulo Freire.

Representación gráfica del modelo

Se identifica una estructura multidimensional constituida de manera operativa por dos sistemas de dimensiones. La dimensión individual se representa como generadora de comportamientos no saludables. La dimensión comunitaria ofrece las herramientas desde el escenario comunitario para el fomento de comportamientos saludables, lo cual es clave para alcanzar los objetivos estratégicos del modelo.

Pueden observarse de izquierda a derecha como se ilustra la dimensión individual y sus categorías: cognitivos, afectivos y comportamental. Para neutralizarlas se sugiere una mirada hacia la parte derecha de la representación del modelo donde se ilustra la dimensión comunitaria, es necesario fortalecer el empoderamiento para la salud, la participación comunitaria y la intersectorialidad.

En la parte intermedia se articulan los ejes transversales del modelo en los cuales se imbrican ambas dimensiones, así como los escenarios de aplicación del modelo y los niveles de ejecución. Lo inferior está representado por el sistema metodológico a través de una estrategia participativa. El círculo en líneas discontinuas y las flechas de entrada y salida del sistema nos refleja que es un modelo abierto a los cambios que se pueden operar desde su interior y exterior. Es referencial porque los insumos de entrada y salida dependen del medio social en que se inserta el modelo.

La figura muestra el modelo de promoción de salud dirigido a la población con factores de riesgo de Cardiopatía Isquémica.

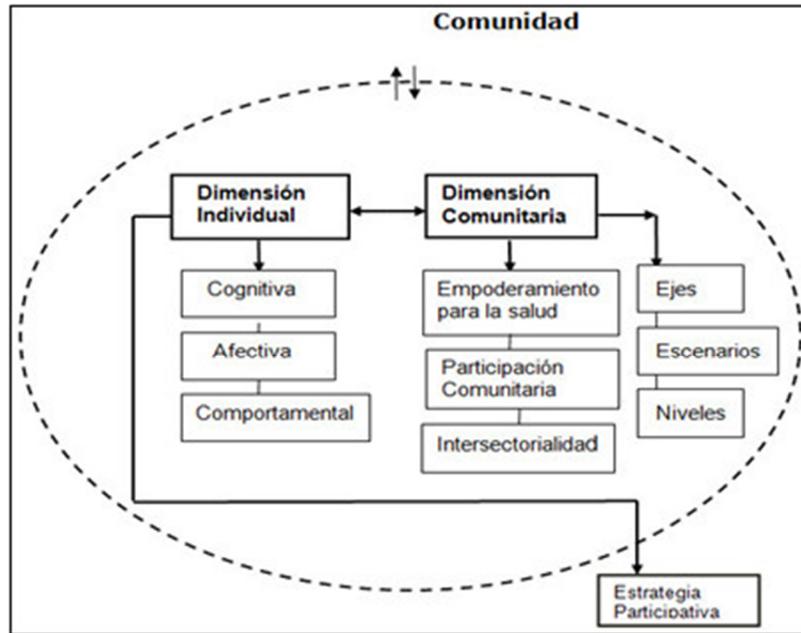


Fig. Modelo de promoción de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Guelmes L, Marimon JA. Aproximación al modelo como resultado científico. Maestría en Ciencias de la Educación. Villa Clara: ISP Félix Varela; 2014.
- 2- CPHE. Cuadro Epidemiológico de Enfermedades No Transmisibles. Dirección Provincial de Higiene y Epidemiología de Matanzas. Matanzas: CPHE; 2015.
- 3- Heart Rhythm Society. Clinica Guidelines and Documents [Internet]. Washington: Heart Rhythm Society; 2014 [citado 26 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.hrsonline.org/Practice-Guidance/Clinical-Guidelines-Documents>
- 4- Martínez M, Sanabria G. Consejo Popular de Arimao. Sistematización de experiencias de dos años de trabajo. IV Jornada de Salud Pública. La Habana: ENSAP; 2013.
- 5- Kennedy E, Wiitala W, Hayward R. Taken of: Improved cardiovascular risk prediction using nonparametric regression and electronic health record data. Med Care. 2013;51(3):251–8. Citado en PubMed; PMID: 4081533.
- 6- Nordet P, Mendis M, Dueñas A, et al. Total cardiovascular risk assessment and management using two prediction tools, with and without blood cholesterol. MEDICC Rev [Internet]. 2013 [citado 26 Nov 2014]; 15(4). Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1555-79602013000400009&script=sci_arttext

- 7- Espinosa AD, Ordúñez PO, Alvarez FC, Vázquez LE, Armas Y, Diez E, et al. El Proyecto Global de Cienfuegos. Diez años después. Rev Fed Arg Card. [Internet]. 2000;29:524-526. Disponible en: <http://www.fac.org.ar/cvirtual/tlibres/tnn2350/tnn2350c.html>
- 8- Castellano JM, Peñalvo JL, Bansilal S, Fustera V. Promoción de la salud cardiovascular en tres etapas de la vida: nunca es demasiado pronto, nunca demasiado tarde. Rev Esp Cardiología [Internet]. 2014 [citado 26 nov 2014];67(9):731-7. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/promocion-salud-cardiovascular-tres-etapas/articulo/90341407/>
- 9- Castellano JM, Narula J, Castillo J, Fustera V. Promoción de la salud cardiovascular global: estrategias, retos y oportunidades. Rev Esp Cardiología [Internet]. 2014 [citado 26 nov 2014];67(9):724-30. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/promocion-salud-cardiovascular-global-estrategias/articulo/90341406/>
- 10- Cronbach L. My Current Thoughts on Coefficient Alpha and Successor Procedures. Educational and Psychological Measurement [Internet]. 2004 [citado 26 nov 2014];64(3):391-418. Disponible en: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.575.7830&rep=rep1&type=pdf>
- 11- Oramas L, Lugones M, Massip J. Riesgo cardiovascular en mujeres de edad mediana en el Policlínico "Mártires del Corynthia". Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2016 [citado 17 Jun 2017];42(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000100010
- 12- Miguel Soca PE, Silva L. Exceso de peso y riesgo cardiovascular. MEDISAN [Internet]. 2015 [citado 17 May 2017];19(10). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015001000001
- 13- Estupiñán M. La promoción y prevención: pilares para salud y la calidad de vida. Publicación de Universidad Ciencias Médicas de Holguín. CCM [Internet]. 2013 [citado 17 May 2017];17(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000100013
- 14- Hernández F, González Y. Presión del pulso y su relación con el riesgo cardiovascular incrementado. Rev Cubana de Investigaciones Biomédicas [Internet]. 2015 [citado 17 May 2017];34(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002015000300005
- 15- Pupo N, Hechavarría S. Características de la formación médica en promoción de salud en Cuba y Latinoamérica. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2014 [citado 17 Agost 2017];30(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000400006
- 16- Erno H, Casado V, Bonal P. La formación del profesional de la salud para la APS y salud familiar y Comunitaria en América latina y Europa [Internet]. Rio Grande Do Sul: Universidad Estatal de Rio Grande Do Sul; 2013 [citado 8 Oct 2013]. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/observatorio/images/stories/documentos_formacion/acerca_de/HARZHEIM.CASADOVICENTE_Formacion_profesional_para_la_APS.pdf

- 17- Peral ML, Alegret M, Guirado R. Estimación del riesgo cardiovascular en una población del área de salud del Policlínico Universitario Santa Clara. *Medicent Electrón* [Internet]. 2016 [citado 17 Febr 2017];20(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432016000100006
- 18- Arroyo H. Promoción de la salud. Modelos y experiencias de formación académica – profesional en Ibero América. San Juan: CIUEPS; 2014.
- 19- Prevención de las enfermedades cardiovasculares. Guía de bolsillo para la estimación y el manejo del riesgo cardiovascular [Internet]. Ginebra: OMS; 2008 [citado 8 Oct 2013]. Disponible en: http://www.who.int/publications/list/PocketGL_spanish.pdf
- 20- Hechavarria Torres M, Fernández Álvarez N, Betancourt Llopiz I. Caracterización de pacientes con hipertensión arterial en un área rural de Santiago de Cuba. *MEDISAN* [Internet]. 2014 [citado 18 Jul 2014];18(4):509-15. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192014000400007&lng=es
- 21- Cardaci D. Entre fuegos cruzados...: el nivel de pregrado, las políticas hacia la educación superior y la formación en promoción de salud. *Global Health Promotion* [Internet]. 2013 [citado 18 Jul 2014];18(2):57-59. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1757975911404755>
- 22- Olavaria O. Formación de alumnos de pregrado en promoción de salud en la Universidad de Concepción de Chile. En: Arroyo H. Promoción de la salud. Modelos y experiencias de formación académica – profesional en Ibero América. San Juan: CIUEPS; 2015.
- 23- Crespo T. Respuestas a preguntas sobre criterios de expertos en la investigación pedagógica. Perú: San Marcos; 2013.
- 24- Tarragó Amaya E, Miguel Soca PE, Cruz Lage LA. Factores de riesgo y prevención de la cardiopatía isquémica. *Correo Científico Méd* [Internet]. 2013 [citado 12 Jul 2014];16(2). Disponible en: <http://www.revcofmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/505>
- 25- Fernández Tamayo M, Miguel Soca PE, Marrero Hidalgo M. Caracterización del síndrome metabólico en pacientes adultos con obesidad. *MEDISAN* [Internet]. 2013 [citado 18 Jul 2014];16(3):341-8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000300005&lng=es
- 26- Sánchez Hernández E, Medina Pavón M, González de la Paz JE. Asociación entre condiciones de riesgo e hipertensión arterial en pobladores del municipio angoleño de Viana. *MEDISAN* [Internet]. 2014 [citado 16 Jul 2014];18(6):748-54. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000600001&lng=es

27- Valera O. Tendencias contemporánea del desarrollo de los modelos pedagógicos [Internet]. Bogotá, Colombia: UNAH; 2013 [citado 16 Jul 2014]. Disponible en: <http://www.cubaeduca.cu/media/www.cubaeduca.cu/medias/evaluador/Orlando-Valera.pdf>

28- Hernández E. La comunicación en la intervención psicológica en las enfermedades cardiovasculares. México. DF: Instituto Latinoamericano de Comunicación Educativa; 2013.

29- Organización Mundial de la Salud. Glosario. Promoción de la Salud. Referencia: definición modificada [Internet]. Ginebra: OMS; 1998 [citado 15 de noviembre de 2016]. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>

Recibido: 28/6/17
Aprobado: 24/5/18

Mislény Martínez Pérez. Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Carretera Central Km102. Correo electrónico: misleny.mtz@infomed.sld.cu

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Martínez Pérez M. Modelo de promoción de salud dirigido a la población con riesgo de cardiopatía isquémica. Rev Méd Electrón [Internet]. 2018 Jul-Ago [citado: fecha de acceso]; 40(4). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2431/3969>