

**EFICACIA DEL PROGRAMA *PROMOVIENDO ESTILOS DE VIDA SALUDABLES*
CON AMAS DE CASA PARTICIPANTES DEL PROGRAMA CIENCIAS DE LA
FAMILIA Y EL CONSUMIDOR DEL SERVICIO DE EXTENSIÓN AGRÍCOLA
EN EL MUNICIPIO DE LAJAS, PUERTO RICO**

Por

Zulma Pérez Hernández

Tesis sometida en cumplimiento parcial
de los requisitos para el grado de

MAESTRIA EN CIENCIAS
en
Extensión Agrícola

UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
RECINTO UNIVERSITARIO DE MAYAGÜEZ
2007

Aprobado por:

José A. Villamil Freytes, Ph.D.
Miembro Comité Graduado

Fecha

David Padilla Vélez, Ph.D.
Miembro Comité Graduado

Fecha

María Rodríguez Rodríguez, Ph.D.
Miembro Comité Graduado

Fecha

Mildred Feliciano Pérez, Ph.D.
Miembro Comité Graduado

Fecha

Sandra L. Dika, Ph.D.
Representante Escuela Graduada

Fecha

David Padilla Vélez, Ph.D.
Director Departamento de Educación Agrícola

Fecha

ABSTRACT

The intention of this study was to evaluate the effectiveness of the Promoting Healthy Styles program. In this study formative and qualitative evaluation were used in a quasi-experimental design with a retrospective test. The experimental group was composed of 25 active participants of the Family and Consumer Science program and the control group consisted of 22 participants from a handicraft program at Lajas, PR. The experimental group received the lessons on which consisting of a curricular guide lessons. The control group participated in a conference on health promotion. A retrospective test was used and the analysis of the collected data was performed by using the statistical package “*Statistical Package for Social Sciences*” (SPSS) version 15.0 for Windows. The findings for the experimental group indicate positive changes and attitudes in relation to modifying life styles at same time this study showed the effectiveness of the Promoting Healthy Styles educative program.

RESUMEN

El propósito del estudio fue evaluar la efectividad del Programa Promoviendo Estilos de Vida Saludables, publicado por el S.E.A. En el mismo se utilizó la evaluación formativa y la cualitativa, se empleó un diseño cuasi-experimental con prueba retrospectiva. La muestra del grupo experimental estuvo compuesta por 25 participantes activos del programa CFC y el grupo control tenía 22 participantes del Programa de la Plaza Artesanal en Lajas, Puerto Rico. El grupo experimental participó del programa PES y el grupo control de una conferencia sobre promoción en salud. Se empleó una prueba retrospectiva y el análisis de tendencia central se hizo con el paquete estadístico “*Statistical Package for Social Sciences*” (SPSS) versión 15.0 para windows. Los hallazgos indican que el grupo experimental presentó cambios positivos y actitudes positivas con relación a modificar estilos de vida; al tiempo demostró la efectividad del programa educativo, Promoviendo Estilos de Vida Saludables (PES).

DEDICATORIA

Deseo dedicar esta tesis de maestría a esas personas especiales que en todo momento me ofrecieron aliento y motivación. A mi esposo, Edson R. López; a mi madre Generosa Hernández, quien fue mi mayor valuarte cuando yo desistía continuar. A mi hija Shelsie O. López, quien ha sido mi mayor inspiración para finalizar esta tesis.

AGRADECIMIENTOS

Este logro ha sido posible gracias al apoyo y motivación de los miembros de mi comité de tesis, profesores, amigos y familiares, quienes han sido mi inspiración durante el trayecto de este trabajo investigativo.

Expreso mi agradecimiento en especial a la Dra. Mildred Feliciano Pérez y al Dr. José A. Villamil Freytes, quienes fungieron como presidentes del comité de tesis; gracias a sus recomendaciones y dirección, he alcanzado esta meta personal y profesional.

También deseo expresar mi gratitud a los demás miembros del comité graduado, al Dr. David Padilla Vélez y a la Dra. María del C. Rodríguez Rodríguez, por su esmerada dedicación para conmigo; y finalmente, al Departamento de Educación Agrícola y al Servicio de Extensión Agrícola, por la oportunidad de permitir que desarrollara la investigación en una de sus áreas programáticas relacionada al programa de Ciencias de la Familia y el Consumidor.

TABLA DE CONTENIDO

	Página
LISTA DE CUADROS	vii
LISTA DE APÉNDICES	viii
CAPÍTULO I – Introducción	1
Planteamiento del problema	1
Metas y Objetivos	4
Marco Teórico	5
Justificación del Estudio	5
Limitaciones del Estudio	9
Definiciones de Términos	9
CAPÍTULO II - Revisión de Literatura	12
Estudios realizados para medir efectividad de Programas que Promocionan Estilos de Vida Saludables	19
CAPÍTULO III - Procedimiento o Metodología	24
Diseño de Investigación	24
Muestra y Población	24
Variables	27
Instrumento	27
Control de Validez Interna y Externa	28
Consistencia	29
Grupos Focales	29
CAPÍTULO IV - Presentación de Hallazgos	30
Resultados del Grupo Focal	44
CAPÍTULO V - Hallazgos, Conclusiones e Implicaciones y Recomendaciones	48
Hallazgos	49
Conclusiones e Implicaciones	51
Recomendaciones	53
REFERENCIAS	54

LISTA DE CUADROS

	Página
Cuadro 1 - Características demográficas del grupo control y el grupo experimental por edad de los participantes	30
Cuadro 2 - Variable demográfica de ingreso en el grupo control y en el grupo experimental	31
Cuadro 3 - Variable demográfica de género de los participantes del grupo experimental y grupo control	32
Cuadro 4 - Variable demográfica lugar de residencia de los participantes del grupo Control y del grupo experimental	33
Cuadro 5 - Variable demográfica del nivel escolar de los participantes del grupo control y del grupo experimental	34
Cuadro 6 - Participación en ferias de salud en los últimos seis meses por los participantes el grupo control y del grupo experimental	34
Cuadro 7 - Comparación de percepciones en conocimientos del grupo experimental vs grupo control utilizando la prueba t antes y después de la intervención del programa educativo PES.	36
Cuadro 8 - Resultado de las pruebas retrospectivas en el Grupo Control (antes y después de la participación de las conferencias y cambio en conocimiento)	39
Cuadro 9 - Resultado de la prueba retrospectiva en el Grupo Experimental (antes y después de la participación del programa educativo PES y cambios en conocimiento)	42
Cuadro 10 - Comparación de los cambios en respuesta entre el grupo control y grupo experimental usando la prueba T	43
Cuadro 11 - Análisis de correlación entre la variable socio demográfica (R) y el Promedio (P) del cambio en el comportamiento por participante $P < 0.05$. .43	43

LISTA DE APÉNDICES

	Página
Apéndice A - Carta Explicativa del Estudio.	60
Apéndice B - Consentimiento	62
Apéndice C - Carta para Cuestionario Socio-Demográfico	64
Apéndice D - Cuestionario Socio-Demográfico	66
Apéndice E - Instrumento de Investigación	68
Apéndice F - Preguntas del Grupo Focal	72
Apéndice G - Programa del Curso	74

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Planteamiento del problema

Se entiende por estilos de vida el conjunto de patrones conductuales que traen como consecuencia el deterioro o el bienestar en la salud de las personas. El concepto de estilo de vida saludable comenzó a despertar interés desde los años ochenta; sin embargo, ha tenido varios enfoques: sociológico, psicoanalítico, antropológico, médico y psicología de la salud. Todos estos puntos de vista definen este concepto como la forma de vida de las personas, grupos o comunidades (Pastor, 1999).

Los modelos psico-sociales definen estilos de vida saludables como el conjunto de hábitos que guardan una estrecha relación con la salud. Estos hábitos o patrones conductuales son formas recurrentes de comportamiento que se ejecutan de forma estructurada para responder a diferentes situaciones, que se aprenden a lo largo del proceso de socialización del individuo. Una vez adquirido, son difíciles de modificar y están determinados por factores socioculturales y características personales (Gómez, Jurado, Viana, Edir y Hernández, 2005).

Green (1984) menciona, que la promoción en estilos de vida saludables ha estado relacionada con la educación y la promoción de la salud. El término salud fue considerado por muchas décadas como la ausencia de enfermedades, pero en nuestros días se contempla como un estado de bienestar físico, mental y social. Gómez, Jurado et al. (2005) exponen, que la educación en salud es la disciplina encargada de comunicar a las personas lo que es la salud tomando en cuenta los factores biológicos, psicológicos y sociales; así como la transmisión de información sobre conductas que ponen en riesgo la salud. La educación en salud, según Green, dirige sus esfuerzos en tres áreas importantes de intervención: promoción en la escuela, la

comunidad y en personas diagnosticadas con enfermedad bajo tratamiento médico. Se plantea que la educación es parte de la promoción en salud y la diferencia radica en que la promoción de la salud trata de cambiar comportamientos concretos en una población específica; además de crear una actitud positiva de salud y bienestar (Green, 1984).

La Organización Panamericana de la Salud (2006) menciona que la promoción de la salud en un mundo globalizado exige intervenciones de educación y comunicaciones sobre las conductas o estilos de vida de las personas. Varios países ya han comenzado a establecer sus políticas públicas con respecto a la promoción de la salud.

El Servicio de Extensión Agrícola como unidad educativa no formal y unidad operacional del Colegio de Ciencias Agrícolas del Recinto Universitario de Mayagüez de la Universidad de Puerto Rico es responsable de la educación no formal en la Agricultura, las Ciencias de la Familia y el Consumidor y en programas con juventud y clubes 4-H, entre otras disciplinas. La agencia tiene como meta principal promover la educación y capacitación de todos los sectores de la sociedad incluyendo agricultores, amas de casa, jóvenes y líderes comunitarios procedentes, tanto de áreas rurales como urbanas, para que reconozcan e identifiquen sus problemas y motivarlos a buscar soluciones a los mismos.

La visión de la unidad es responder a las necesidades existentes y emergentes desde la perspectiva nacional, estatal y local; y dirige sus esfuerzos educativos a través de todas sus oficinas en Puerto Rico. Para estos fines se usa la divulgación de información, la investigación y se une el conocimiento de todos los integrantes del sistema universitario con las agencias de gobierno, empresas privadas, agricultores, amas de casa, jóvenes y público general para atender sus necesidades. La agencia establece enlaces con otras agencias públicas y privadas para lograr metas comunes. El Servicio de Extensión Agrícola a través del programa Ciencias de la Familia

y el Consumidor se ha unido a la iniciativa a nivel nacional, estatal y local de promover estilos de vida saludables.

El programa de Ciencias de la Familia y el Consumidor a través de las Economistas del Hogar trabaja en coordinación con los especialistas del SEA, para desarrollar actividades, material educativo, metodologías y estrategias educativas para el logro de objetivos y metas establecidas para impartir educación, según las necesidades específicas del municipio a ser atendido. En este caso se enfatiza el área de salud, ya que una salud óptima es un recurso importante para el desarrollo social económico y personal (Feliciano, 2004). El programa Ciencias de la Familia y el Consumidor del Servicio de Extensión Agrícola de Lajas, al igual que otras organizaciones que promocionan la salud, desea evaluar si el material que se está utilizando para impartir la educación en salud; en este caso el programa educativo Promoviendo Estilos de Vida Saludables; ha logrado sus objetivos de promover cambios positivos en los individuos participantes del programa C.F.C. en el municipio de Lajas, o si el programa educativo requiere una revisión. De acuerdo con Feliciano (2004), el proyecto Promoviendo Estilos de Vida Saludables (PES) es una vivencia donde el participante descubre sus actitudes hacia su salud, comparte sus experiencias con los demás participantes, desarrolla conciencia de la responsabilidad que le corresponde para mantener su salud y toma unas decisiones y acciones que le dirijan hacia el desarrollo máximo de sus potencialidades para vivir la vida en un estado de completo bienestar, físico, mental y social, viviendo la vida saludable.

METAS Y OBJETIVOS

La meta del estudio es evaluar la eficacia del Programa Educativo, **Promoviendo Estilos de Vida Saludables** diseñado por la Dra. Mildred Feliciano Pérez, Especialista en Salud y Seguridad del Servicio de Extensión Agrícola. Este Programa es utilizado con los participantes del Programa Ciencias de la Familia del Servicio Extensión Agrícola en el municipio de Lajas.

Los objetivos de este estudio investigativo son los siguientes:

- Evaluar la utilidad y aceptación del Programa Promoviendo Estilos de Vida Saludables a través de la evaluación formativa y sumativa.
- Determinar la percepción sobre los cambios en conocimiento adquiridos por los participantes de la Guía Promoviendo Estilos de Vida Saludables comparado con los mismos adquiridos por los participantes en una conferencia sobre promoción en salud.
- Correlacionar la percepción sobre los conocimientos de Estilos de Vida Saludables con las características demográficas.
- Determinar la percepción sobre la eficacia del programa, Promoviendo Estilos de Vida Saludables, contra un grupo de comparación.

MARCO TEÓRICO

La Organización Panamericana de la Salud (2006) presentó el modelo de bienestar como el modelo a utilizarse para encaminar sus esfuerzos con relación a la Promoción de la Salud. Este modelo aborda el problema desde un punto de vista diferente, no solamente como ausencia de enfermedades sino para encaminar a la población a que mantengan una salud mental y física. Steinberg (2007) expone, que el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades Crónicas (CDC por sus siglas en inglés) ha dirigido sus programas tomando en consideración el modelo de bienestar. Este modelo dirige sus esfuerzos a la promoción de estilos de vida saludables en lugar de combatir enfermedades crónicas ya identificadas. Además, sugiere que las personas o el individuo puede lograr un disfrute de una buena salud mental y física en cualquier etapa de su vida aún cuando ha sido diagnosticado por alguna enfermedad. Este modelo ha sido presentado en programas que enfatizan la promoción de la salud. Como ejemplos de la utilización de este modelo, Steinberg (2007) menciona que programas como el de prevención, uso del tabaco y los de prevención de cáncer cerebral han dirigido su enfoque en la promoción de la salud, basado en este modelo de bienestar en cualquier etapa de la vida. Para efectos de esta investigación se utilizó este modelo en el proyecto Promoviendo Estilos de Vida Saludables, con el propósito de que las personas logren ese bienestar de salud en cualquier etapa de su vida.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Las enfermedades crónicas como: diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer, están entre las que prevalecen y resultan más costosas para el gobierno y el individuo. Muktar (2006) informó, que más de noventa millones de americanos viven con enfermedades crónicas; y se invierten tres cuartas partes de los 1.4 trillones del presupuesto nacional dedicado a servicios de

salud y gastos médicos. Las estadísticas señalan que en Estados Unidos se pierden varias vidas antes de que estos logren los 65 años de edad.

Una encuesta nacional, conocida como el indicador de prevalencia de factores de riesgo en comportamiento, puntualizó que desde el año 2002; Puerto Rico confronta un alto porcentaje en enfermedades crónicas (Arroyo, 2004). Las condiciones crónicas están en un 10%, las enfermedades cardiovasculares en un 6% y la obesidad y sobrepeso en 60%. Un estudio publicado en Connecticut, con mujeres puertorriqueñas con una edad promedio de 29 años y con bajos ingresos económicos; reportaron un 40% de obesidad, 47% de inactividad física y 32% con hábitos de fumar (Fitzgerald, Himelgreen, Damio, Segura, Peng, Pérez-Escamilla, 1999). El estudio informó, que pertenecer a una clase social más baja, el no disponer de automóvil para realizar compras y no haber terminado la secundaria; se asoció con la obesidad de estas puertorriqueñas. Por lo cual, recomendó la creación de programas de promoción en estilos de vida saludables, enfatizando el punto de vista cultural para promover conductas más sanas en esta comunidad.

El informe de Estadísticas Vitales del Departamento de Salud de Puerto Rico en el año 2004, presentó que las enfermedades del corazón se mantienen como la principal causa de muerte en el país con una tasa de 129.1 por cada 100,000 habitantes; luego le prosiguen los tumores malignos o cáncer con una tasa de 31.1; enfermedades pulmonares crónicas con una tasa de 29.9 y dentro de las primeras causas de muerte; en séptimo lugar, las enfermedades hipertensivas con una tasa de 29.1 entre otras (Informe de Estadísticas Vitales del Departamento de Salud de Puerto Rico, 2004)

La promoción de la salud ha sido una prioridad para la Secretaría Auxiliar de la Promoción de la Salud del Departamento de Salud de Puerto Rico desde los años 2001-2004; a tales efectos,

la secretaría estableció las siguientes prioridades: propiciar la elaboración de políticas públicas que se dirijan a promover estilos de vida saludables, canalizar los servicios de salud a niveles locales, específicamente en las comunidades y fomentar el apoderamiento de las mismas (Arroyo, 2004). Las comunidades especiales de Puerto Rico, las cuales son comunidades con limitaciones en su desarrollo económico, con problemas sociales como pobreza, problemas de infraestructura y viviendas deben ser objeto de principal consideración para promover el bienestar pleno de la salud. Otro enfoque a tomar en cuenta es favorecer el desarrollo de un ambiente sano y la infraestructura de apoyo a la promoción de la salud. Además, la Secretaría Auxiliar de la Promoción de la Salud del Departamento de Salud de Puerto Rico, aspira a contribuir en la capacitación de los ciudadanos con respecto a la salud en sus comunidades, fomentar el desarrollo y construcción de alianzas intersectoriales que utilicen al máximo sus recursos y oportunidades con el propósito del uso de estrategias para la intervención en la promoción de la salud. Arroyo (2004) concluye, que la política pública debe estar dirigida a la prevención y educación en salud, incluyendo todos los sectores sociales, organizaciones de base comunitaria, asociaciones voluntarias y organizaciones públicas y privadas.

Según el Resumen de Estadísticas Vitales del Departamento de la Salud por Municipio para el año 2004, el pueblo de Lajas reportó como la primera causa de muerte el cáncer, con una tasa de 168.3. Las enfermedades del corazón, en segundo lugar, con una tasa de 131.7; la diabetes mellitus en tercer lugar, con una tasa de 128.1; las enfermedades hipertensivas y cerebro vascular con una tasa de 43.9. Estas estadísticas indican semejanzas con los datos informados por el Departamento de Salud para todo Puerto Rico, lo cual indica que existe la necesidad de que las personas sean orientadas en el área de Promoción de la Salud, de manera que puedan realizar cambios en los estilos de vida que afectan su salud. Por esta razón, el Servicio de Extensión

Agrícola en el municipio de Lajas ha identificado la necesidad de dirigir esfuerzos educativos en esta área relacionada con la salud, a fin de promover que los individuos identifiquen y modifiquen aquellos estilos de vida que son perjudiciales y poco saludables. Es de sumo interés para el S.E.A. conocer y evaluar el material existente en la agencia para impartir educación en salud, que sean apropiados para promover disciplina de cambio en las personas. A tales efectos, el propósito de este estudio es evaluar el programa educativo Promoviendo Estilos de Vida Saludables (PES) en los participantes del Programa Ciencias de la Familia y el Consumidor en el municipio de Lajas; y evaluar si la guía cumple con su cometido educativo de concienciar a los participantes sobre sus estilos de vida e identificar cuáles son saludables y cuáles son negativos. Además de promover la modificación de conducta en términos de salud.

La meta del proyecto PES es crear conciencia en los participantes sobre cómo el estilo de vida afecta la salud y estimularlos a que observen hábitos de vida positivos para su salud. La guía curricular del proyecto PES diseñada para lograr esta meta, está organizada en seis unidades. La Unidad I: Estilos de Vida y Salud, discute la definición de salud y estilos de vida. El significado de la salud como continuo que emana de un punto central, en una dirección hacia salud óptima y en la otra hacia incapacidad o muerte. La Unidad II: Los Hábitos Alimentarios, analiza la importancia de consumir una dieta balanceada utilizando de referencia la pirámide alimentaria para PR. En la Unidad III: Actividad Física, se discute la fisiología del ejercicio y los efectos positivos de ésta sobre la salud. La Unidad IV: La Hipertensión, incluye información sobre las consecuencias de ésta condición y las medidas de control que puede practicar el individuo. La Unidad V: La Diabetes, examina los diferentes tipos de diabetes, sus signos y síntomas, las complicaciones de ésta y cómo se puede controlar. Por último, la Unidad VI, analiza la responsabilidad personal que cada individuo tiene con su vida, y el poder de controlar asuntos

como el miedo que nos impide funcionar eficientemente y la importancia del pensamiento positivo y la iniciativa.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Este estudio se limita al municipio de Lajas, por lo que sólo se harán inferencias y recomendaciones limitadas a este municipio, y al tipo de población de estudio considerado.

Hubo dificultad en la selección y asignación de la muestra alazar.

DEFINICIONES DE TÉRMINOS

1. **Actitudes** - son predisposiciones adquiridas para actuar selectivamente, conducirse de determinada manera en la interacción social. Tienen que ver con una forma de actuar. Operan como parte de un sistema de representación de la realidad; una vez incorporada regulan la conducta (Muchnik y Seidman, 1983).
2. **Bienestar** – es la capacidad del individuo para disfrutar la vida exitosamente; es decir, sentirse bien en el contexto físico, social, intelectual, emocional, espiritual, profesional y ambiental (Sánchez, 2006).
3. **CDC** - por sus siglas en inglés es un anacronismo que significa Centro para el Control y Prevención de Enfermedades.
4. **CFC** – es un anacronismo que significa Ciencias de la Familia y el Consumidor.
5. **Conocimiento** - es más que un conjunto de datos, visto sólo como datos, es un conjunto sobre hechos, verdades o de información almacenada a través de la experiencia o del aprendizaje, o a través de introspección. El conocimiento es una apreciación de la posesión de diferentes datos interrelacionadas que por sí solos poseen menor valor cualitativo. Entendimiento, facultad de discernir lo conveniente y

obrar en consecuencia (Grijalbo, 1999). Es el resultado de una indagación específica y rigurosa la cual es originada dentro del marco de experiencia humana y funciona dentro de esa misma experiencia (Canda, 1999). El concepto de Conocimiento es el entendimiento; facultad de discernir lo conveniente y obrar en consecuencia (Grijalbo, 1999). El conocimiento está compuesto por la esperanza, los deseos y lo que se quiere de lo que le resulta positivo por la experiencia subjetiva de un individuo (Foucault, 1982).

En esta investigación el conocimiento fue medido mediante trece preguntas en la prueba retrospectiva.

6. **Eficacia** – capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera. Para efectos de este estudio se desea conocer cuán eficaz es la guía curricular, Promoviendo Estilos de Vida Saludables con amas de casa participantes de los grupos CFC en Lajas P.R.
7. **Estilos de vida** – se definen como las acciones cotidianas de nuestro diario vivir, como los hábitos y costumbres de nuestra vida, la manera como vivimos y la alternativa que escogemos a diario (Feliciano, 2004).
8. **Evaluación** - para efectos de este estudio investigativo, una evaluación es un proceso sistemático que se utiliza para determinar el proceso de enseñanza-aprendizaje y certificación de logros de objetivos de aprendizaje (Amador, 2006). En este caso se evaluará el impacto del programa educativo Promoviendo Estilos de Vida Saludables, para orientar amas de casa del Programa Ciencias de la Familia y el Consumidor.
9. **Guía** - ciertos libros que se utilizan para ofrecer orientación, consejos o técnicas para desarrollar un propósito definido. Para efecto de este estudio la guía curricular es un

programa de seis lecciones donde se ofrece orientación sobre promoción de estilos de vida saludables.

10. ***OMS*** - anacronismo que significa Organización Mundial de la Salud.
11. ***OPS*** - anacronismo que significa Organización Panamericana de la Salud.
12. ***PES*** - anacronismo que significa Promoviendo Estilos de Vida Saludables.
13. ***SEA*** - anacronismo que significa Servicio de Extensión Agrícola.
14. ***Variables demográficas*** - género, edad, lugar de procedencia, nivel escolar, ingreso.
15. ***Percepción*** - comprensión o conocimiento por medio de la inteligencia

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

El reporte de la Comisión Europea de la Unión Internacional de la Educación y Promoción de la Salud (1999), define la promoción de la salud como un proceso para capacitar a las personas para ejercer control sobre determinantes de salud y de este modo mejorar la salud; además, indica que es un proceso para fortalecer las destrezas y capacidades de un individuo para tomar acción sobre el control de su salud. Este proceso puede ser individual, colectivo o de comunidad. El reporte asegura que un programa efectivo de promoción de salud es aquel que logra cambios determinantes en el bienestar de las personas; sin embargo, reconoce que existen factores que no pueden ser controlados. Entre estos determinantes que no pueden controlarse individualmente están las condiciones sociales, económicas, ambientales y provisión de servicios de salud. Estos factores también afectan la adopción de estilos de vida saludables; aunque eso sea una decisión individual.

La efectividad de un programa de promoción de la salud puede visualizarse desde perspectivas o puntos de vista diferentes, partiendo desde los que realizan las políticas públicas, los que manejan el presupuesto para estos fines, los promotores de salud, los beneficiarios y los investigadores en estas áreas (Comisión Europea de la Unión Internacional de la Educación y Promoción de la Salud, 1999). El establecimiento de efectividad está relacionado con los métodos de intervención, evidencia en promoción de salud y medidas usadas en la evaluación. Desde el punto de vista de política pública se

define esta efectividad en términos de inversión y logros de objetivos a corto plazo; mientras que para los promotores de salud son los logros en la ejecución del programa en la realidad, y cuán atractivo y práctico sean para producir cambios en la salud de las personas. Otro aspecto importante a tomar en cuenta es el entorno en que han sido dirigidas las intervenciones en promoción de la salud; ya sea una escuela, un área de trabajo o un grupo específico de la población. Cuando se toman en cuenta las características del grupo focal se pueden lograr cambios de comportamiento en la salud y algunos aspectos ambientales. Por ejemplo, un grupo en desventaja económica al tener acceso a la participación en la comunidad permite expresar a través de las intervenciones en promoción de la salud problemas existentes sociales, económicos y políticos que impiden tener una mejor salud. Un indicativo de efectividad en un programa de promoción de la salud, según la Comisión Europea de la Salud es, si éste ha producido cambio en comportamiento a corto, intermedio o largo plazo (Comisión Europea de la Unión Internacional de la Educación y Promoción de la Salud, 1999).

La Comisión Europea de la Salud recomienda la evaluación para medir la efectividad en un programa de promoción de salud y expone que en ese proceso de evaluación se utilicen diferentes tipos de evaluación como son la evaluación cualitativa, cuantitativa o participativa. La Comisión recomienda además, el uso de varios métodos de evaluación en los que se incluyen los estudios experimentales o de observación.

Cano (2005) expone, que el término evaluación se relaciona con la tarea de realizar mediciones, los que pueden ser cualitativos o cuantitativos. La función de la evaluación involucra otros factores; además de los instrumentos de medición que se usan. Para Cano (2005), la evaluación emite funciones de valor de algo o de alguien en función de

uso determinado, propósito y la necesidad de tomar decisiones. Indica que la toma de decisiones se realiza evaluando permanentemente para poder elegir lo que se considera acertado. La evaluación menciona además, que en términos educativos es el proceso en el cual cada docente, recoge información continua y permanece sobre los avances, dificultades y logro de lo aprendido por los participantes con la finalidad de analizar, reflexionar y emitir juicios de valor para poder tomar decisiones en el proceso de enseñanza aprendizaje. Amador (2006) menciona, que la evaluación proporciona información sobre el proceso de enseñanza-aprendizaje y acredita o certifica que se han alcanzado los objetivos de aprendizaje; además, expone que la evaluación posee sus propios objetivos los cuales son facilitar y mejorar el aprendizaje de los estudiantes o participantes, proporcionar retroalimentación, comprobar si se han alcanzado los objetivos de aprendizaje, generar calificaciones y mejorar la docencia, entre otros. Vargas (2002) por su parte, define la evaluación haciendo referencia al concepto de evaluación descrito por Tyler donde la evaluación es un proceso de determinación del grado de cumplimiento de los objetivos educativos que se han establecido previamente, se han especificado y aplicado. La evaluación para Vargas (2002), es el proceso de medición del grado de aprendizaje de los estudiantes en relación con un programa educativo planeado.

Verdugo (1994) describe, cuáles son las funciones de la evaluación. Estas son: Ayudar en el proceso de aprendizaje del alumno, proveer orientación académica y/o profesional, permitir un control social del rendimiento de la docencia, investigación educativa, ayuda a los procesos de innovación educativa y mejorar la calidad de la enseñanza. Patton (1994) enfatizó, que la evaluación es una parte integral del proceso de desarrollo de programas y que tiene gran peso en la primera fase de preparación de un programa educativo.

Huertas (2005) presentó, que la evaluación consiste de varias fases: La evaluación de planificación, evaluación formativa que incluye la de implantación de progreso y la fase de evaluación sumativa. Huertas (2005) expone además, que la evaluación de planeo indica la descripción del proyecto, su diagnóstico, los resultados, dirección del mismo y las estrategias con los que se espera lograr los resultados. Además, incluye las metas, objetivos y actividades. En evaluación de planeo se incluye quienes serán los participantes con interés especial en el programa o proyecto, recursos y logros. En esta evaluación participan varias personas; por tanto, el resultado es de un trabajo grupal. La segunda fase que expone Huertas es la fase formativa. El propósito de la evaluación formativa es examinar las actividades que se han llevado a cabo en un proyecto con el propósito de mejorarlo y consta de la evaluación de la implantación y la evaluación de progreso. Expone Huertas (2005), que el propósito de la evaluación de la implantación es, que antes de medir los resultados de un proyecto hay que verificar su ejecución, si es el que es esperado; y la importancia de la evaluación de implantación es que permite la realización de cambios necesarios para el mejoramiento del programa o proyecto. La tercera fase al evaluar un programa es la evaluación formativa de progreso donde se examina el progreso de los participantes para lograr las metas del proyecto realizado. Esta evaluación recopila datos para evidenciar el impacto de las actividades y estrategias en los participantes durante las diferentes etapas de la intervención, esta evaluación permite afinar el proyecto y contribuye a la evaluación sumativa, que es la última fase en un proyecto o programa educativo y resume el logro de metas y objetivos, así como su éxito.

Patton (1994) resume, que la evaluación formativa es la que ofrece retroalimentación de un programa desde que inicia hasta que es implantado; y que la función evaluación

sumativa es proveer información para que se mejore un programa. Scherier (1994) menciona, que la evaluación formativa es sugerida en situaciones o programas que están a prueba y recomienda el uso de métodos cualitativos como: entrevistas, grupos focales y la observación para el recogido de datos. Este indica, que la evaluación sumativa es la que examina el efecto del programa, cómo fue conducido y las reacciones de los participantes.

El Departamento de Salud y Servicios Humanos expone que la evaluación formativa es la que se realiza durante las primeras etapas del programa para evaluar las fortalezas y debilidades de los materiales o de las estrategias de campaña antes de su implantación. Expone que la evaluación formativa permite las intervenciones necesarias antes de ser completado un programa o campaña educativa. La evaluación formativa permite que los materiales y el programa sean evaluados en término de claridad, tono y las reacciones anticipadas de parte de los participantes. Fitzpatrick, Sanders y Worthen (2004) mencionan, que muchas organizaciones canalizan sus esfuerzos solamente en una de las evaluaciones, ya sea en la formativa o en la sumativa, impidiendo de esta manera el balance en cuanto a la evaluación del programa. Estos indican que si un programa educativo es implantado sin la debida revisión de datos formativos, el programa tendría una implantación con deficiencia y en una inversión en esfuerzos educativos, tiempo, dinero y recursos humanos como económicas; que tal vez, no garantizan el éxito del programa. Fitzpatrick, Sanders et al. (2004) presentaron una tabla donde se exponen las diferencias entre la evaluación formativa y la sumativa.

Diferencias entre la Evaluación Formativa y Evaluación Sumativa

	Evaluación Formativa	Evaluación Sumativa
Propósito	Para determinar valor o calidad	Para determinar valor o calidad
Uso	Para mejorar el programa	Para hacer decisiones sobre el futuro o adopción del programa
Audiencia	Gerentes y personal	Administradores, preparadores de política institucional, consumidor potencial o agencias de fondos
Por quién	Primeramente evaluadores internos mantenido por evaluadores externos	Generalmente evaluadores externos, mantenidos por evaluadores internos en casos únicos
Características Mayores	Provee retro alimentación para que el personal del programa pueda mejorarlo	Proveer información para decidir que hacer con el programa
Diseño de construcción	¿Qué información se necesita? ¿Cuándo?	Qué evidencia se necesita para decisiones mayores
Propósito de colección de datos	Diagnóstico	Enjuiciar
Frecuencia de colección de datos	Frecuente	Poco frecuente
Tamaño de muestra	A menudo pequeña	Usualmente grande
Preguntas realizadas	¿Qué está funcionando? ¿Qué necesita mejorar? ¿Cómo se puede mejorar?	¿Cuáles resultados ocurren? ¿Con quién? ¿Bajo cuáles condiciones? ¿En cuál adiestramiento? ¿A qué costo?

Se reconoce que la evaluación formativa y sumativa están entrelazadas; y constituyen el tipo de método más utilizado en el Servicio de Extensión Agrícola para evaluar sus proyectos, programas o guías curriculares (Taylor y Steele, 1996). La evaluación y la documentación de los programas educativos han sido el punto de mayor énfasis para el

Servicio de Extensión Agrícola, ya que permite la justificación de fondos que recibe la agencia y sirve para mantener su credibilidad (Davis, 2003).

Han surgido varios métodos para evaluar cursos y programas educativos en esta agencia como el uso de modelo lógico, métodos cuantitativos, cualitativos y la más reciente, la aplicación de pruebas retrospectivas para la evaluación de cursos y programas. Davis (2003) indicó, que la prueba retrospectiva permite conocer cuánto saben los participantes sobre un tópico determinado antes de ser expuestos a un programa educativo; que los participantes realicen un análisis de cuánto sabían; y que estos comprendan cuánto conocen luego de participar de un programa o curso educativo. Indica Davis (2003), que la prueba retrospectiva ilustra cuánto ha cambiado un participante con respecto a conocimiento o comportamiento. La prueba retrospectiva se utiliza haciendo uso de la escala “Likert” donde el participante indica el grado de realización del comportamiento o conocimiento sobre el tema antes y después de tomar el curso o programa educativo.

La prueba retrospectiva permite la selección, de parte del participante, para escoger la categoría de conocimiento o ejecución de comportamiento relacionado con el tema; por lo tanto, la categoría siempre corresponde a la categoría más alta de conocimiento o comportamiento y nunca corresponde a la que desconoce o que no realiza. Estas pruebas son un instrumento de evaluación que provee información de los participantes con poca inversión de tiempo como las pre-pruebas. Además, resulta fácil de entender por los participantes y la información que recopila es útil y rápida comparada con otros métodos de evaluación. Por último, expone que la prueba retrospectiva es un instrumento útil confiable para evaluar el trabajo del Servicio de Extensión Agrícola, ya que permite medir el impacto de un curso o

programa educativo para demostrar de inmediato los resultados. Se recomienda el uso de la prueba retrospectiva en la evaluación de programas a intermedio o largo plazo.

Estudios realizados para medir efectividad de programa que promocionan estilos de vida saludables

Existen varios estados de los Estados Unidos adoptando programas para la promoción de estilos de vida saludables y prevención de enfermedades crónicas al igual que en Puerto Rico, los cuales han realizado estudios de evaluación de impacto para conocer logros del mismo.

Frable (2006), presentó un estudio realizado en el condado de Tamant, Texas. Este programa llamado Camino Saludable fue realizado con familias hispanas y afroamericanas de bajos ingresos. El mismo tenía como objetivo la promoción práctica para el control de alimentación saludable, la adopción de medidas contra la obesidad y la práctica de actividad física. Para la evaluación de este programa se utilizó la evaluación formativa a través de preguntas y se usaron los estándares del marco para la evaluación de programas de salud pública del CDC. El programa reflejó cambios positivos en los participantes.

Alcalay, Alvarado, Newman, Balcazar, Huertas (1999), presentaron en Washington D. C. al gobierno federal, que han desarrollado el diseño de un modelo de un programa en prevención en enfermedades cardiovasculares llamado: Salud para su Corazón. Los objetivos del mismo era aumentar el conocimiento sobre las enfermedades cardiovasculares, enfermedades del corazón y promover estilos de vida saludables en la comunidad latina en Washington D.C. La intervención de este programa en la comunidad fue realizada por diversos métodos como charlas educativas, anuncios, programas radiales, folletos de recetas y un manual para los promotores de la salud. Para la evaluación del proyecto se realizó una

encuesta y una intervención antes y después para medir su impacto. Los resultados de los 300 participantes mostraron que las personas habían mejorado y aumentado su conocimiento sobre las maneras de prevenir enfermedades coronarias.

Otro estudio fue conducido en Colorado por Anderson, Nixon y Woodard (1988), con el propósito de evaluar la efectividad del Programa Corazón Saludable y medir la capacidad del programa para reducir riesgos de enfermedades coronarias, a través de cambios positivos en actitudes, comportamiento y adquisición de conocimiento. Los participantes de este estudio fueron 83 adultos del condado de Rogan, Colorado y fue conducido por una especialista en el área de nutrición del Servicio de Extensión Agrícola. Para las orientaciones sobre el tema se utilizó una guía, que consistió de cinco clases sobre análisis de dieta, modificación de dietas, consumo de sal, azúcar y lectura de etiquetas. Como método de evaluación del curso se administró una pre-prueba y una post -prueba en la primera y última clase, respectivamente. Para probar la efectividad del programa se usaron los siguientes parámetros: el cambio de conocimiento, la actitud y el nivel de control de los participantes. Las evaluaciones incluyeron pre-pruebas y post pruebas después de la intervención, lo que demostró que el 59% de los participantes obtuvieron y mantuvieron el conocimiento después del programa Corazón Saludable. El programa tuvo un efecto positivo en el comportamiento de los participantes. El proyecto fue evaluado a largo plazo y demostró tener logros significativos en términos de disminución del colesterol, descenso en la presión diastólica y la presión arterial; esta última, en promedio no excedió los 120/90mm Hg. en las intervenciones de seguimiento. Los hallazgos de esta evaluación proporcionaron evidencias de que los programas educativos en estilos de vida saludables y basados en la comunidad pueden reducir riesgos de enfermedades coronarias mediante cambios positivos en las

actitudes, conocimientos y comportamiento de los participantes y que estos cambios se pueden mantener efectivamente a largo plazo. Este estudio le demostró a los Agentes del Servicio Cooperativo de Extensión de Colorado, el impacto positivo del programa Corazón Saludable, en la comunidad.

Arévalo, Arrivillaga, Correa y Holguin (2005), de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali, Colombia; realizaron un estudio para determinar el impacto de su programa para modificar estilos de vida con personas diagnosticadas de hipertensión arterial. Este fue un estudio cuasi-experimental de modificación de estilo de vida y fue concluido con 44 personas diagnosticadas con hipertensión arterial adscrita a una empresa de salud de la ciudad de Cali, Colombia. El programa fue dirigido a ofrecer 18 sesiones semanales de dos horas y media el cual se enfatizó en la educación sobre hipertensión arterial, auto eficacia y percepción del control sobre la enfermedad, auto control y nutrición saludable, actividad física y deporte. También se enfatizó en el manejo de estrés y la disminución en la ingesta de bebidas alcohólicas y cigarrillos. En este estudio se realizó una pre-prueba y post prueba, la cual arrojó como resultado que los participantes disminuyeron los niveles de presión arterial significativamente; por lo que el programa de modificación de estilos de vida tuvo efecto benéfico. Zaveri, Farris y Will (2006) descubrieron un método de evaluación que identifica las mejores prácticas en la implantación de intervenciones en el programa sobre estilos de vida "*Wise Woman*". Los autores reportan el uso de métodos cualitativos y cuantitativos o un método mixto para evaluar este programa. Utilizaron datos cuantitativos para identificar localidades de alto y bajo rendimiento. Usaron entrevistas cualitativas, observaciones y grupos focales para comprender las estrategias para implantar las intervenciones.

Los participantes sometidos a estas intervenciones en estilos de vida saludables, exhibieron a los seis meses, después una mejoría de hábitos en nutrición, actividad física y control de presión arterial. Este programa de modificación de estilo de vida puede mejorar en forma significativa la nutrición y la actividad física. Además, puede reducir los factores de riesgo asociadas a enfermedades crónicas. Los autores concluyeron en la importancia de utilizar métodos mixtos de evaluación para evaluar intervenciones basadas en la comunidad.

Hughes, Porter y Thomas (2007), presentaron un estudio en Maryland cuyo propósito fue evaluar la efectividad en un programa educativo en salud enfocado al género y patrones culturales en mujeres de mediana edad afro-americanas. El programa educativo "*Prime Time Sister Circles*" hace hincapié en que las mujeres afro-americanas tienen mayor peso corporal, están muriendo en tasas mayores que cualquier otro grupo, confrontan mayor acumulación de tensiones en detrimento de su salud física y emocional. Además de ser más propensas a tener enfermedades cardiovasculares. Presentan grandes posibilidades para tener diabetes y experimentar muerte por cáncer, tienen mayor estrés, síntomas depresivos y ataques de pánico que las mujeres blancas. Por tanto, tienen mayor riesgo de tener una salud pobre y resultados de salud negativos porque poseen más factores de riesgo que contribuyen a la mortalidad. Los factores de riesgo más comunes en este grupo lo son: sobrepeso y obesidad, inactividad física, estrés, presión arterial alta, colesterol alto y diabetes. Hughes, et. al. (2007) exponen, que las mujeres afro-americanas e hispanas demuestran desconocimiento de los factores de riesgos que cualquier otro grupo racial. Este estudio fue conducido con 134 mujeres afro-americanas de edad mediana (106 intervinieron y 28 de comparación), para el proceso se utilizó la evaluación cualitativa a través de grupo focal y cuantitativa con el uso de pre-prueba y post-prueba a las 10 semanas, 6 y 12 meses; los resultados procesados a través

de análisis usando prueba T, demostraron que las participantes aumentaron significativamente la actividad física y que reflejaron cambios significativos en la dieta a las 10 semanas 6 y 12 meses ingiriendo alimentos nutritivos. La mayoría reportaron utilizar estrategias para manejar el estrés (62% a las 10 semanas) y 65.9% al finalizar los 12 meses. Además, estas reportaron haber aumentado a un 60% la realización de mamografías anualmente; y finalmente, el 83.7% de las mujeres participantes, a los 12 meses manifestaron que los cambios debían mantenerse por siempre. Este estudio demostró la efectividad del programa educativo “*Prime Time Sister Circles*” en la modificación de salud, conocimientos y actividades en comportamientos de alto riesgo en mujeres afro-americanas de edad mediana.

CAPÍTULO III

PROCEDIMIENTO O METODOLOGÍA

Diseño de Investigación

El diseño utilizado en esta investigación fue el cuasi-experimental con prueba retrospectiva. Según Hernández, Fernández (2003) en el diseño cuasi experimental, los grupos son intactos y los sujetos no se asignaron aleatoriamente en el grupo control y el grupo experimental. El grupo experimental participó del tratamiento utilizando la guía curricular, Promoviendo Estilos de Vida Saludables y el grupo control, recibió una conferencia sobre promoción de la salud.

El diseño de investigación fue del siguiente modo:

Grupo con tratamiento G1 x O1

Grupo Control G2 x O2

Muestra de la Población

Se utilizó una muestra de 25 amas de casa que fueron seleccionadas al azar de una población de 127, las cuales son participantes activas del programa Ciencias de la Familia y el Consumidor del Servicio de Extensión Agrícola del municipio de Lajas. La muestra del grupo control fue de 22 participantes, el cual fue previamente asignado por la directora del Centro de Desarrollo de Artesanos, Plaza Artesanal en el pueblo de Lajas.

La oficina local del Servicio de Extensión Agrícola de Lajas mantiene un listado de socios que a través de los años participan activamente en los cursos que se ofrecen. Para la realización de este estudio investigativo se recurrió a esta lista compuesta por 127 socios como población y

de este total se tomó una muestra al azar de 25 socios. A los participantes seleccionados se le hizo una notificación vía telefónica y escrita indicando su elección y se les preguntó sobre su interés en participar en este estudio para evaluar el programa educativo Promoviendo Estilos de Vida Saludables. Los seleccionados tuvieron la oportunidad de complementar un consentimiento escrito donde expresaron su participación voluntaria del estudio. Algunos de los seleccionados presentaron problemas personales para participar y se procedió a sustituirlo, también al azar.

El curso constó de seis lecciones, las cuales fueron ofrecidas semanalmente con un periodo de duración de una hora, durante un mes y medio. Este curso fue ofrecido en el Salón de Conferencia de la Estación Experimental de Lajas, a partir del 12 de septiembre del 2006. El día de comienzo del curso: Promoviendo Estilos de Vida Saludables, se les entregó una carta explicativa de la investigación (Apéndice A, pág. 49). Además, este día se complementaron la hoja de consentimiento (Apéndice B, pág.51) y el cuestionario sociodemográfico (Apéndice C, pág. 55) para la recolección de estos datos. Se les distribuyó a los participantes un programa con los temas del curso, objetivos, temas de las lecciones y fechas de reuniones. Se les hizo hincapié en la importancia de la asistencia y puntualidad. Se ofrecieron los temas y unidades exactamente igual como indicaba la guía y se realizó la evaluación correspondiente según estipulaba cada unidad o lección. Se contó con material visual, equipo de proyección y publicaciones educativas. Se reprodujo material educativo para la realización de la evaluación correspondiente a la unidad o tema discutido. Al finalizar se les distribuyó una prueba retrospectiva, donde se recogió la evaluación de los participantes. Además, se realizó un grupo focal con la integración de 17 participantes para evaluar aspectos cualitativos y aceptación del programa educativo P.E.S, por los participantes.

Para la realización de esta investigación fue necesario contar con un grupo de comparación o grupo control. El mismo consistió de un grupo de personas que asisten regularmente y voluntariamente a un programa de preparación de artesanos en el pueblo de Lajas, el cual se reúne en la Plaza Artesanal. Esta plaza es un centro que reúne amas de casa e individuos de todos los barrios de Lajas, que asisten para tomar cursos en diferentes días de la semana relacionados con el hogar y otros oficios que les permite certificarse como artesanos. Para utilizar este grupo, se realizó una coordinación con la Directora del Centro Artesanal, Sra. Isabel Delgado, para autorizar la entrada a las facilidades. Se le explicó el propósito del estudio y ésta procedió con la autorización y calendarización de la actividad para poder ofrecer al grupo (ya existente) una conferencia sobre promoción de la salud. El grupo control estuvo conformado por 22 participantes; a estos se les entregó una carta explicativa sobre el propósito de la investigación y el consentimiento sociodemográfico. Los participantes del grupo control recibieron una conferencia sobre promoción de la salud en el horario de 10:30 de la mañana, con una duración de hora y media.

En la conferencia se dió atención especial a temas generales sobre promoción de salud y prevención de enfermedades. Una vez concluida la conferencia, los participantes llenaron la prueba retrospectiva. Este grupo fue intervenido solamente una vez. Ya finalizada la intervención pertinente, en cada grupo se procedió al recogido de la información.

VARIABLES

Variable dependiente

Conocimiento - cambio promedio del participante del grupo experimental de acuerdo al instrumento de medición de 13 preguntas.

Variables independientes

El programa PES

Variables sociodemográficas

- género
- edad
- lugar de residencia
- nivel escolar
- ingreso

Instrumento

El instrumento utilizado para medir los cambios en conocimientos fue un cuestionario retrospectivo auto-administrado al final del curso. En el mismo se interroga a los participantes sobre sus conocimientos antes y después de participar. La prueba retrospectiva fue diseñada tomando en consideración los objetivos de la guía curricular Promoviendo Estilos de Vida Saludables, y utilizando como guía una prueba retrospectiva diseñada por la Dra. Mildred Feliciano Pérez, para evaluar un curso en Prevención de Lesiones Usando la Seguridad (PLUS) en el año 2004. El instrumento constó de dos secciones, la primera consistió en tres preguntas de selección múltiple de índole demográficas; y la segunda parte consistió de 13 preguntas donde los participantes indicaron su conocimiento sobre los temas o

comportamientos antes y después de tomar las clases. Para contestar estas preguntas se utilizó la escala Likert donde los participantes seleccionaron entre varias alternativas, desde siempre hasta nunca. Las alternativas se codificaron de la siguiente manera: nunca (1), casi nunca (2), a veces (3), casi siempre (4) y siempre (5).

Control de Validez Interna

Para controlar la validez interna el recurso que ofreció el tratamiento a ambos grupos, el experimental y al grupo control, fue la investigadora, sin mediar otros recursos. En este estudio se logró la validez interna de contenido, ya que un panel de expertos revisó el instrumento que fué utilizado. Aunque los grupos no fueron asignados al azar, la prueba chi cuadrado fue una medida para medir la validez interna.

VARIABLES	X²	P	Significancia
1-Edad	8.05	>0.05	ns
2-Ingreso	4.37	>0.05	ns
3-Género	7.23	<0.05	s
4-Residencia	3.19	>0.05	ns
5-Escolaridad	10.41	<0.05	s
6-Asistencia Ferias	0.71	>0.05	ns

P<0.05

Se realizó la prueba chi cuadrado de independencia con el propósito de ver si existía relación entre el grupo y las variables socio demográficas. Luego de analizar los resultados, dos variables fueron dependientes del grupo.

Control de Validez Externa

Este estudio se puede generalizar en la población de amas de casa de Puerto Rico.

Consistencia

El instrumento fue suministrado para su validación a un panel de especialistas quienes lo analizaron y sometieron sus recomendaciones. Una vez corregidas, fue probado en un grupo de 10 amas de casa, seleccionadas al azar, quienes participan con regularidad de los cursos que se ofrecen en la Oficina para el Desarrollo de Artesanos en el pueblo de Lajas, Plaza Artesanal. Se midió la confiabilidad a través del coeficiente Alfa-Cronbach y se utilizó el programa de análisis estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS, 15.0 Win). La confiabilidad obtenida fue de 0.97. El instrumento demostró ser confiable.

Grupos Focales

Los grupos focales son un método para obtener información cualitativa de un grupo o individuo. En la actualidad, estos son utilizados en la investigación de mercado ya que producen resultados en poco tiempo y a un costo razonable. El grupo focal, generalmente, está compuesto de ocho a 12 personas y es una herramienta útil en la planificación y evaluación de programas de estudios de mercadeo y evaluación formativa; una de las características homogéneas que provee datos cualitativos y de discusión dirigida en un aspecto específico. Los participantes de estos grupos ofrecen percepciones, sentimientos, opiniones y pensamientos sobre un producto, servicio y oportunidades educativas. Los participantes de grupos focales pueden describir sus experiencias y reacciones para proponer cambios en los programas o recomendar otros nuevos.

Además, exponen sobre aspectos que ellos consideran que colaboran o facilitan el programa educativo o por el contrario impiden el éxito del mismo.

Estos grupos están integrados por un líder o moderador quien conduce la discusión y cuya función principal es garantizar la aportación de todos los participantes y recolectar todas las impresiones y expresiones del grupo.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE HALLAZGOS

La muestra del grupo control estuvo integrado por 22 participantes; 16 de éstos (72.7%) fluctuaron entre 50-69 años y cuatro (4) de ellos para un 18.2 % estuvieron entre las edades de 40-49 años. El resto del grupo tenía entre 21 a 29 y 30 a 39 años para constituir el 4.5% (Cuadro 1).

La muestra del grupo experimental fue de 23 participantes, 10 de los integrantes estuvo entre las edades de 50 a 69 años para 43.5 %, Seis (6) participantes, entre 30-39 (26.1%); mientras que cinco (5) de estos, el 27.7% en las edades de 40-49 años y los dos restantes del grupo 8.7% presentó 70 años o más. La mayoría de los participantes tenía entre los 50 y 69 años en ambos grupos.

Cuadro 1 - Características demográficas del grupo control y el grupo experimental por edad de los participantes

Edad	Grupo control		Grupo Experimental	
	n=22	%	n=22	%
21-29	1	4.5	0	-
30-39	1	4.5	6	26.1
40-49	4	18.2	5	21.7
50-69	16	72.7	10	43.5
70 o más	0	-	2	8.7

La muestra del grupo control presenta que 11 de los participantes tenían ingresos entre los 0-10,000 dólares anuales, y representó un 50.0%; ocho participantes reportaron generar ingresos entre los 10,000-15,000 dólares para 36.4% y los tres participantes restantes del grupo control reportaron ingresos entre \$15,000-\$24,999 para un 13.0%.

En el grupo experimental, siete (7) participantes informaron tener ingreso anual de 0-10,000 dólares siendo el 30.4%; ocho (8) reportaron ingresos de \$10,000-\$14,999 para 34.8%; cinco (5) participantes informaron recibir de \$15,000-\$24,999 para un 21.7%; un (1) participante informó ingresos de \$25,000-\$30,000 para un 4.3% y los dos restantes informaron recibir ingresos de \$35,000 ó más para un 8.7% (Cuadro 2).

Cuadro 2 - Variable demográfica de ingreso en el grupo control y grupo experimental

Ingreso	Grupo control		Grupo Experimental	
	n=22	%	N=22	%
0-10,000	11	50.0	7	30.4
10,000-14,999	8	36.4	8	34.8
15,000-24,999	3	13.6	5	1.7
25,000-34,999	0	0	1	4.3
35,000 o más	0	0	2	8.7

La muestra del grupo control estuvo integrada por 16 féminas lo que representó 72.7% y seis hombres para 27.3%. La muestra del grupo experimental estuvo integrada por 23 participantes para el 100% féminas (Cuadro 3).

Cuadro 3 - Variable demográfica de género de los participantes del grupo experimental y grupo control

Género	Grupo control		Grupo Experimental	
	n=22	%	N=22	%
Femenino	16	72.7	23	100
Masculino	6	27.3	-	-

En la muestra del grupo control del total de 22 participantes, 11 vivían en el campo y representaron 50.0%, cinco (5) de los participantes informaron ser de condominios privados y otros lugares no especificados para un 22.7%. Cuatro (4) informaron residir en parcelas con un 18.2%; y los restantes dos (2) participantes, uno (1) informó como lugar de residencia urbanización ó condominio público; y el otro, un lugar no especificado para un 4.5% cada uno. El grupo experimental presentó que del total de la muestra de 23 participantes, diez (10) residían en el campo con un 43.5%, ocho (8) de ellos reportaron residir en parcelas con 34.8%. Tres informaron como lugar de residencia urbanización o condominio privado para 13.0% y los dos (2) restantes reportaron otros lugares no especificados como lugar de residencia para 8.7% (Cuadro 4).

Cuadro 4 - Variable demográfica lugar de residencia de los participantes del grupo control y grupo experimental

Residencia	Grupo control		Grupo Experimental	
	n=22	%	N=23	%
Urbanización ó condominio privado	5	22.7	3	13.0
Urbanización ó condominio público	1	4.5	-	-
Parcelas	4	18.2	8	34.8
Campo	11	50.0	10	43.5
Otros	1	4.5	2	8.8

De un total de 22 participantes en el grupo control, ocho (8) reportaron haber completado el grado universitario de bachillerato para un 36.0%; siete (7) reportaron escolaridad entre 10mo-4to año de escuela superior para un 31.8%; tres (3) de los integrantes reportaron una escolaridad de 7mo - 9no grado con un 13.6%, dos (2) reportaron tener escolaridad de 1ro-6to grado de escuela elemental siendo el 9.1%; y los últimos dos (2) participantes reportaron otros, con un 9.1%. La muestra del grupo experimental contaba con 23 participantes; 12 de éstos reportaron tener escolaridad entre 10mo-4to año de escuela superior representando un 52.2%; siete (7) de los participantes reportaron otros niveles escolares con 30.4% y los cuatro (4) participantes restantes reportaron tener un nivel escolar de bachillerato para un 17.4% (Cuadro 5).

Cuadro 5 - Variable demográfica del nivel escolar de los participantes del grupo control y grupo experimental.

Residencia	Grupo control		Grupo Experimental	
	n=22	%	n=23	%
1ro - 6to	2	9.1	-	-
7mo - 9no	3	13.6	-	-
10mo - 4to año	7	31.8	12	52.2
Bachillerato	8	36.4	4	17.4
Otros	2	9.1	7	30.4

En cuanto a la participación de los integrantes del grupo control en ferias de salud en los pasados seis meses, solamente seis (6) integrantes para un 27.3% reportaron ésta práctica; mientras que en el grupo experimental de una población de 23 participantes, 14 reportaron haber asistido a ferias de salud en los pasados seis meses, lo que constituye el 60.9% (Cuadro 6).

Cuadro 6 - Participación en ferias de salud en los últimos seis meses por los participantes del grupo control y grupo experimental.

Asistencia a Ferias de Salud	Grupo control		Grupo Experimental	
	n=22	%	n=23	%
Sí	6	27.3	9	39.1
No	16	72.7	14	60.9

Los resultados de la prueba T, para cada pregunta en la prueba retrospectiva, arrojaron que no hubo diferencias en las percepciones en conocimiento entre los grupos antes de la intervención excepto en, establecer los que son estilos de vida saludables donde el grupo experimental mostró tener mayor percepción con relación a los estilos de vida saludables.

Después de la intervención no hubo diferencias en percepciones en conocimiento entre los grupos excepto en mencionar los alimentos con alto contenido en sodio, donde el grupo experimental mostró tener mayor percepción en conocimiento en esta área.

Los grupos informaron tener pocas diferencias significativas en percepción en conocimiento antes y después excepto en las aseveraciones antes mencionadas (Cuadro 7).

Cuadro 7-Comparación de percepciones en conocimientos del grupo experimental vs grupo control utilizando la prueba T antes y después de la intervención del programa educativo PES

Preguntas	Antes		Después	
	Prueba T	Significancia	Prueba T	Significancia
1. Concepto de salud	-1.455	.155	-1.162	.252
2. Establece lo que son Estilos de Vida Saludable	-3.168	.003	1.258	.215
3. Identifica el estilo de vida que afecta su salud	-1.348	.186	.951	.350
4. Reconocimiento de utilidad de la pirámide alimentaria como guía para selección de alimentos	-1.519	.137	-1.162	.252
5. Conoce cual es la lectura de su presión arterial	-1.812	.078	.516	.608
6. Control de su presión arterial	-1.557	.128	-.229	.820
7. Mencionar los alimentos con alto contenido de sodio	-1.899	.066	-2.482	.017
8. Afirmar las buenas prácticas de actividad física	-.640	.112	-.303	.764
9. Aumento diario de actividad física	-.913	.385	-.987	.329
10. Señalar los diferentes tipos de diabetes	-.178	.860	-1.422	.162
11. Mencionar las medidas de control que debe tomar un diabético	-1.245	.222	.380	.706
12. Responsabilidad con su salud	-1.041	.305	.837	.407
13. Observar prácticas para promover su salud	-.925	.361	1.100	.278

Las pruebas retrospectivas del grupo control, antes de participar de la conferencia en, reportaron una media que fluctuó entre 2.77 y 3.18 en todas las preguntas que se hicieron. Las preguntas que obtuvieron las medias más bajas fueron la pregunta número dos (2) sobre estilos de vida saludables, donde el grupo reportó una media de 2.77; en la pregunta número uno (1) donde se les preguntó sobre conceptos de salud, con una media de 2.86 y las preguntas

relacionadas con el reconocimiento de la utilidad de la pirámide alimentaría como guía para la selección de alimentos y conocimiento sobre la lectura de su presión arterial, estas últimas cada una alcanzaron una media de 2.95. Estos datos indican que los participantes, antes de recibir la conferencia sobre Promoción en Salud, casi nunca conocían el concepto de salud; por otro lado, eran capaces de definir estilos de vida saludables, pero desconocían la utilidad de la pirámide alimentaría como guía para la selección de alimentos y pocas veces conocían el significado de la lectura de su presión arterial (Cuadro 8).

Los conocimientos adquiridos por el grupo control después de escuchar la conferencia, marcaron un cambio de 2.04 en la pregunta número uno (1) relacionada al concepto de salud; al tiempo que la pregunta número dos (2) que corresponde a la habilidad de establecer lo que son estilos de vida saludables, obtuvieron un cambio de 1.81 casi dos unidades positivas. Las preguntas cuatro (4) y cinco (5) relacionada a la utilidad de la pirámide alimentaría como guía para la selección de alimentos y el conocimiento de la lectura de su presión arterial los participantes reportaron una media de 4.90 y 4.54 respectivamente. No obstante, después de escuchar la conferencia reportaron que casi siempre reconocían la utilidad de la pirámide como guía para la relación de alimentos indicando un cambio de 1.95, o sea un cambio positivo muy cerca a dos. Para la lectura de su presión arterial el grupo reportó un cambio de 1.54, lo que indicó que hubo una unidad de cambio positivo.

La pregunta número tres (3), seis (6) y trece (13) reportaron medias de 3.00 en la prueba retrospectiva para el antes de tomar la conferencia Promoción en Salud. La pregunta número tres cuestionó a los participantes sobre la identificación de los estilos de vida que afectan su salud; la pregunta seis (6) hizo referencia al control de su presión arterial y la pregunta 13, sobre la observación de prácticas para promover su salud. Los participantes informaron en la pregunta 13

de la prueba retrospectiva antes de la conferencia en Promoción en Salud, a veces tener control de su presión arterial, identificaron a veces el estilo de vida que afectaba su salud y que a veces observaban prácticas para promover su salud. Luego de su participación en la conferencia, Promoción en Salud, los participantes reportaron medias de 4.59, 4.72 y 4.63 respectivamente. Este hallazgo indicó el movimiento de la respuesta “a veces” a “casi siempre”, lo que demostró cambios positivos en una unidad.

Este grupo también alcanzó una media similar en las preguntas ocho (8) y once (11) para el antes de la conferencia, Promoción en Salud, de 3.04. En la pregunta ocho se les cuestionó sobre afirmar las buenas prácticas de actividad física y la pregunta 11, sobre mencionar las medidas de control que debía tomar un diabético. En ambas preguntas, los participantes alcanzaron medias de 4.18 y 4.72 respectivamente después de la conferencia, lo que se vió un cambio de una unidad.

Las preguntas número siete (7), nueve (9), diez (10) y doce (12) consiguieron medias entre 3.09 y 3.18 antes de escuchar la conferencia. Luego de participar de la conferencia en promoción en salud, el grupo control alcanzó en la prueba retrospectiva una media de 4.27 para la pregunta número siete, la cual cuestiona sobre los alimentos de alto contenido de sodio. Por otro lado, la pregunta nueve (9) y doce (12) debaten sobre el aumento diario de la actividad física y la responsabilidad con su salud obteniendo una media de 4.77. La pregunta 10, consulta el conocimiento sobre los tipos de diabetes y logró una media de 4.81. El cambio que experimentaron estas respuestas fue de 1.18 para la pregunta siete y 1.63 en las demás preguntas, lo que se interpreta como una unidad de cambio (Cuadro 8).

Cuadro 8 - Resultado de las pruebas retrospectivas en el Grupo Control (antes y después de la participación de la conferencia en Promoción de Salud y cambio en conocimiento).

Preguntas	n=22Antes		Después		Cambio	
	X	D. E.	X	D. E.	X	D. E.
1. Concepto de salud	2.86	2.21	4.90	0.29	2.04	1.58
2. Establece lo que son estilos de vida saludables	2.77	2.08	4.59	0.59	1.81	1.62
3. Identifica el estilo de vida que afecta su salud	3.00	1.63	4.59	0.59	1.59	1.89
4. Reconocimiento de utilidad de la pirámide alimentaría como guía para selección de alimentos	2.95	1.64	4.90	0.29	1.95	1.73
5. Conoce cual es la lectura de su presión arterial	2.95	1.55	4.54	0.67	1.54	1.84
6. Control de su presión Arterial	3.00	1.66	4.72	0.45	1.72	1.77
7. Mencionar los alimentos con alto contenido de sodio	3.09	1.54	4.27	1.20	1.18	1.18
8. Afirmar las buenas prácticas de actividad física	3.04	1.58	4.68	0.89	1.63	1.63
9. Aumento diario de actividad Física	3.13	1.69	4.77	0.52	1.63	1.63
10. Señalar los diferentes tipos de Diabetes	3.18	1.73	4.81	0.50	1.63	1.63
11. Mencionar las medidas de control que debe tomar un diabético	3.04	1.67	4.72	0.55	1.68	1.68
12. Responsabilidad con su Salud	3.13	1.67	4.77	0.42	1.63	1.63
13. Observar prácticas para promover su salud	3.00	1.60	4.63	0.72	1.63	1.63

El grupo experimental reportó medias que fluctuaron entre 3.26-3.86 en la prueba retrospectiva antes de participar de la guía curricular, Promoviendo Estilos de Vida Saludables. Estas medias reflejan que el grupo experimental tenía conocimiento previo sobre estilos de vida saludables y algunas veces tenían actitudes sobre estilos de vida saludables. Las preguntas que

reportaron las medias más bajas fueron las preguntas uno (1), diez (10) y trece (13). La pregunta diez cuestiona sobre los tipos de diabetes y obtuvo la puntuación mínima (3.26) en este grupo; sin embargo, una vez que participaron del curso: Promoviendo Estilos de Vida Saludables, reportaron medias de 4.78. El cambio que sufrió el grupo en esta pregunta fue de 1.26; mientras que la prueba T, fue de 5.98 (Cuadro 9). Al tiempo, las preguntas uno y 13, que tenían medias de 3.39 antes del curso, ampliaron sus conocimientos hasta alcanzar medias de 4.78 y 4.82 respectivamente, ambas preguntas reflejaron un cambio de 1.39. La prueba T, reportada para la pregunta número uno fue 7.48 y 5.40 para la pregunta trece.

En la pregunta número nueve (9) relacionada con el aumento diario de actividad física el grupo experimental reportó una media de 3.52 antes del curso y 4.60 después del mismo, lo que indicó un cambio positivo de 1.08 en los participantes. No obstante, las preguntas tres (3), once (11) y doce (12) que obtuvieron una media de 3.56 antes de asistir al curso subieron a 4.73, 4.52 y 4.86 respectivamente, después de la presentación de la guía curricular. El cambio experimentado por los participantes al contestar estas preguntas fue de una unidad.

Los conocimientos del grupo sobre la utilidad de la pirámide alimenticia (pregunta 4), control de la presión arterial (pregunta 6) y afirmar las buenas prácticas de actividad física (pregunta 8) tuvieron unas medias antes de la presentación de la guía de 3.60 y 3.65 respectivamente, lo cual aumentó a 4.78, 4.69 y 4.91 respectivamente después del curso. El cambio que experimentó el grupo en estas preguntas fue de una unidad, excepto en la pregunta ocho que fue menor a uno.

Las preguntas dos (2) y siete (7) consiguieron una medias de 3.86 y 3.82 respectivamente. En el punto número dos, se les cuestionó si podían establecer lo que era Estilos de Vida Saludables; y el grupo experimental reportó una media de 3.86 antes de participar de la guía

curricular, Promoviendo Estilos de Vida Saludables y una media de 4.78 después de su participación en el mismo. Por lo que se reportó un cambio menor a una unidad en esta pregunta; mientras que en la pregunta siete (7) la media reportada después de la presentación fue de 4.91 con un cambio positivo de 1.08.

Los resultados de la prueba T, para el grupo experimental; en los cambios, en la respuestas y en el comportamiento de los participantes en la guía curricular, Promoviendo Estilos de Vida Saludables, arrojaron ser altamente significativos (<0.001), (Cuadro 9).

Cuadro 9 - Resultado de la prueba retrospectiva en el Grupo Experimental (antes y después de la participación del programa PES y cambios en conocimiento).

Preguntas	Antes		Después		Cambio			
	X	D. E.	X	D.E.	X	D.E.	X	P
1. Concepto de salud	3.39	0.83	4.78	0.42	1.39	0.89	7.486	**
2. Establece lo que son estilos de vida saludables	3.86	0.75	4.78	0.42	0.91	0.94	4.613	**
3. Identifica el estilo de vida que afecta su salud	3.56	1.12	4.73	0.44	1.17	1.15	4.873	**
4. Reconocimiento de utilidad de la pirámide alimentaria como guía para selección de alimentos	3.60	1.19	4.78	0.42	1.26	1.05	5.470	**
5. Conoce cual es la lectura de su presión arterial	3.69	1.14	4.65	0.71	0.91	1.08	4.144	**
6. Control de su presión arterial	3.65	1.07	4.69	0.47	1.08	1.08	4.699	**
7. Mencionar los alimentos con alto contenido de sodio	3.82	0.98	4.91	0.28	1.08	1.04	5.009	**
8. Afirmar las buenas prácticas de actividad física	3.65	0.71	4.91	0.28	0.91	1.08	3.998	**
9. Aumento diario de actividad Física	3.52	1.03	4.60	0.72	1.08	1.04	5.009	**
10. Señalar los diferentes tipos de Diabetes	3.26	1.17	4.60	0.58	1.26	1.00	5.988	**
11. Mencionar las medidas de control que debe tomar un diabético	3.56	1.03	4.52	0.84	1.21	1.12	5.183	**
12. Responsabilidad con su salud	3.56	0.99	4.86	0.34	1.30	1.01	6.135	**
13. Observar prácticas para Promover su salud	3.39	1.19	4.82	0.38	1.39	1.23	5.405	**

** Altamente significativo (<0.001)

Al computar un promedio total de las 13 preguntas en respuestas al cambio al grupo control y el grupo experimental; el grupo control comenzó con medias más bajas que el grupo experimental (Cuadro 10a). Sin embargo, al ser comparados los cambios en respuestas, ambos grupos con la prueba T, el grupo control presentó un cambio mayor al experimental (Cuadro 10b).

Cuadro 10a - Promedios de las medias del total de las preguntas en respuesta al cambio entre grupo control y experimental antes y después.

Grupo Control $\sum X \div 13$		Grupo Experimental $\sum X \div 13$		Diferencia entre las medias
Antes	Después	Antes	Después	
2.77	4.68	3.58	4.78	
1.67		1.14		.53

Cuadro 10b - Comparación de los cambios en respuesta entre el grupo control y grupo experimental usando la prueba T.

Grupo Control	Grupo Experimental	Diferencia entre las medias	T	Significancia
$\bar{X} \div 13$	$\sum \bar{X} \div 13$			
1.67	1.14	.53	4.19	.000

De todas las variables sociodemográficas, según el cuadro 11, la variable sociodemográfico de ingreso demostró tener una correlación positiva altamente significativa según el coeficiente $R = 0.490$. Esto significa, que mayor ingreso, mayor fue el cambio en comportamiento.

Cuadro 11 - Análisis de correlación entre la variables socio demográficas y el promedio del cambio en el comportamiento por participante ($P < 0.05$).

Variable Sociodemográfica	R	P
Edad	0.203	0.353
Ingreso	0.490	0.018
Participante Feria	.129	.558

RESULTADOS DEL GRUPO FOCAL

Introducción

Como parte de la investigación cualitativa sobre la eficacia de la guía curricular, Promoviendo Estilos de Vida Saludables, se realizó un grupo focal para medir la utilidad y aceptación de la guía por parte de los participantes.

Metodología

El grupo focal se llevó a cabo con la participación de diecisiete personas que participaron de la guía curricular, Promoviendo Estilos de Vida Saludables. Se comenzó la reunión con una breve orientación sobre lo que es un grupo focal y cuál era la importancia de su colaboración en el grupo focal para la realización de mejoras a la guía curricular. Se procedió a la asignación de números a los participantes y se le indicó la importancia de la participación de todos los integrantes en las preguntas realizadas.

Se redactaron las siguientes preguntas guías para dirigir la discusión:

1. ¿Cuáles son los tres aspectos que más le han gustado de la guía, Promoviendo Estilos de Vida Saludables?
2. El programa Ciencias de la Familia y el Consumidor, desea mejorar la guía curricular, Promoviendo Estilos de Vida Saludables con el propósito de sacar el mejor provecho de su contenido. ¿Qué tres cambios le realizaría? ¿Por qué?
3. ¿Qué temas o aspectos se pueden incorporar o añadir a esta guía curricular, Promoviendo Estilos de Vida Saludables que sea más completa y responda a sus necesidades?

4. De los temas que se incluyen en la guía...
 - a. ¿Cuáles son de mayor utilidad?
 - b. ¿Cuáles son los temas de menos utilidad?
5. ¿Cree usted que los temas incluidos en la guía curricular, Promoviendo Estilos de Vida Saludables son entendidos con facilidad? ¿Hay algún tema que se hace difícil entender?
6. El contenido es suficiente para entender los temas que se han presentado.
 - a. ¿Le pareció muy extensa?
 - b. ¿Le pareció muy corta?
7. ¿De qué forma la guía Promoviendo Estilos de Vida Saludables ha promovido cambios de conducta en usted? ¿Cuáles?

La discusión fue moderada por la investigadora y dado a desperfectos con la grabadora, una secretaria tomó los datos y luego fue transcrita para ser analizada. El grupo focal duró aproximadamente dos horas y fue realizado el 2 de noviembre del 2006, empezando a las 9:00 de la mañana, en el salón de Conferencias de la Estación Experimental Agrícola de Lajas, Puerto Rico.

Participantes

El grupo focal constó de 17 participantes, los cuales recibieron el tratamiento con la guía curricular, Promoviendo Estilos de Vida Saludables.

Hallazgos

Pregunta 1 -¿Cuáles son los tres aspectos que más le han gustado de la guía, Promoviendo Estilos de Vida Saludables?

Los participantes indicaron en primer lugar la lección sobre pirámide de alimentos, luego la lección referente a la diabetes y por último la lección en la guía que hablaba sobre la hipertensión.

Pregunta 2 -El programa Ciencias de la Familia y el Consumidor, desea mejorar la guía curricular, Promoviendo Estilos de Vida Saludables con el propósito de sacar el mejor provecho de su contenido. ¿Qué tres cambios le realizaría? ¿Por qué?

Todas las participantes estuvieron unánimemente de acuerdo de que la guía no necesitaba ningún cambio.

Pregunta 3 -¿Qué temas o aspectos se pueden incorporar o añadir a esta guía curricular, Promoviendo Estilos de Vida Saludables, que sea más completa y responda a sus necesidades?

Los participantes indicaron su preferencia a que añadieron lecciones sobre autoestima, depresión, cáncer, trigluceria y manejo de peso, y un área práctica de confección de menús saludables.

Pregunta 4 -De los temas que se incluyen en la guía...

- a. ¿Cuáles son de mayor utilidad?
- b. ¿Cuáles son los temas de menos utilidad?

Los temas de mayor utilidad según los participantes fueron: hábitos alimentarios, actividad física, y la lectura de las etiquetas. Los participantes expresaron, que ninguno de los temas ofrecidos en la guía fue de menor utilidad.

Pregunta 5 -¿Cree usted que los temas incluidos en la guía curricular, Promoviendo Estilos de Vida Saludables son entendidos con facilidad? ¿Hay algún tema que se hace difícil entender?

Todos los participantes opinaron que los temas ofrecidos en la guía podían ser entendidos con facilidad y no confrontaron problemas en entender la guía.

Pregunta 6 -El contenido es suficiente para entender los temas que se han presentado.

- a. ¿Le pareció muy extensa?
- b. ¿Le pareció muy corta?

En cuanto al contenido de la guía curricular, todos indicaron que la guía tenía un buen contenido y expresaron que el tiempo para las lecciones era razonable. Diez de los participantes expresaron su deseo de que fuera más extenso el tiempo en las lecciones sobre la pirámide alimentaria y sobre hipertensión. Los demás consideraron prudente el tiempo para las lecciones.

Pregunta 7 -¿De qué forma la guía, Promoviendo Estilos de Vida Saludables, fomentó cambios de conducta en usted? ¿Cuáles?

Todos los participantes expresaron que la guía curricular, Promoviendo Estilos de Vida Saludables, les había ayudado a tomar conciencia con relación a sus hábitos alimentarios y las consecuencias de no tomar acción.

Los cambios más significativos reportados por los participantes fue comenzar a ingerir alimentos beneficiosos a su salud, consumir agua, aumentar la actividad física, manejo de ansiedad al comer y realizar meriendas.

Todos los participantes expresaron haber comenzado a cuidar el consumo de sodio, sustituir las gaseosas por jugos y controlar el consumo de azúcar.

CAPÍTULO V

HALLAZGOS, CONCLUSIONES E IMPLICACIONES Y RECOMENDACIONES

El capítulo se ha desglosado en el siguiente orden: 1) Hallazgos, 2) Conclusiones e Implicaciones y 3) Recomendaciones.

La meta del estudio fue evaluar la eficacia del programa educativo, Promoviendo Estilos de Vida Saludables (PES) diseñado por la Dra. Mildred Feliciano Pérez, Especialista en Salud y Seguridad del Servicio de Extensión Agrícola. Este programa fue utilizado con los participantes del Programa Ciencias de la Familia del Servicio Extensión Agrícola en el municipio de Lajas. Como guía de este estudio de investigación se formularon los siguientes objetivos.

- Evaluar la utilidad y aceptación del programa educativo, Promoviendo Estilos de Vida Saludables a través de la evaluación formativa y sumativa.
- Determinar la percepción en los cambios en percepción de conocimiento adquiridos por los participantes en el programa, Promoviendo Estilos de Vida Saludables, comparado con los mismos adquiridos por los participantes en una conferencia sobre promoción en salud.
- Correlacionar percepción de los conocimientos sobre Estilos de Vida Saludables con las características demográficas.
- Determinar la percepción de la eficacia del programa educativo, Promoviendo Estilos de Vida Saludables contra un grupo de comparación.

Hallazgos

1. En este estudio se encontró que ambos grupos estuvieron compuestos principalmente por mujeres entre las edades de 50-69 años. Etapa en la vida, donde por lo general, las enfermedades comienzan hacer su aparición; por lo que especialmente, las mujeres se interesan por conocer sobre temas de salud. Hughes, Porter y otros (2007), encontraron que las mujeres hispanas y afro-americanas entre estas edades están más propensas a padecer de cáncer de mama, diabetes, presión arterial y depresión, por lo que se hace necesario hacer cambio en los estilos de vida para tener una mejor calidad de vida.
2. La variable sociodemográfica sobre el ingreso de los participantes informó que el 65% recibe ingresos anuales entre 0-14,999.
3. En la variable escolaridad, el 36.4% del grupo control estaba integrado por personas con un nivel de bachillerato mientras que el 52.2% del grupo experimental tenía una escolaridad entre el 10-12mo grado.
4. En cuanto a la participación en ferias de salud, ambos grupos reportaron no haber asistido a una feria de salud en los últimos seis meses (72.7% del grupo control y 60.9% del grupo experimental).
5. Luego de revisar la información suministrada por ambos grupos, se evidenció que el grupo experimental y el grupo control presentaron cambios positivos en percepción de conocimientos y actitudes relacionados con estilos de vida saludables.
6. El grupo experimental aumentó la percepción de sus conocimientos en todas las preguntas; sin embargo, este grupo presentó cambios significativos en las preguntas relacionadas con los tipo de diabetes, el concepto de salud y el aumento diario de actividad física (cuyas medias fueron las más bajas 3.26, 3.39 y 3.52 respectivamente al principio).

7. El grupo control también exhibió un aumento significativo en sus conocimientos y actitudes en las preguntas relacionadas con el concepto de salud, establecer lo que son estilos de vida saludables y en reconocer la pirámide alimentaria como guía para la selección de alimentos (cuyas medias fueron las más bajas de 2.86, 2.77 y 2.95 anteriormente).
8. Al sacar un promedio total de las 13 preguntas, se puede observar que el grupo experimental comenzó con una media más alta antes de iniciar el programa en comparación con el grupo control. Sin embargo, al ser comparados los cambios en respuestas para ambos grupos con la prueba T, el grupo control presentó un cambio significativamente mayor al experimental. (Cuadro 9b). Esto posiblemente sea debido a que el grupo experimental inició con un nivel más alto de conocimiento y prácticas. Sin embargo, al observar nuevamente el Cuadro 9a, se observa que la media final, luego de participar en el curso, fue mayor para el grupo experimental que para el grupo control. Lo que señala un nivel más alto de percepción y prácticas, en el grupo experimental.
9. La correlación en las variables sociodemográficas de nivel de ingreso y cambio en comportamiento con promedio tuvo una correlación positiva significativa ($R=0.490$) (significancia de 0.018) esto indica una relación entre el ingreso y cambio en actitudes.
10. La correlación de las variables sociodemográficas: sexo, edad, lugar de residencia y la participación en ferias de salud, resultaron insignificantes con relación al cambio en comportamiento y actitudes de los participantes con relación a la modificación de estilos de vida saludables.
11. El grupo experimental expresó a través del grupo focal su aceptación y utilidad de la guía curricular PES.

Conclusiones e Implicaciones

Luego de ser evaluada la guía curricular se prosiguió a evidenciar si la misma cumplió las metas para la cual fue diseñada, se pudo concluir:

1. Que el grupo experimental a través del grupo focal, enfatizó y afirmó la utilidad del programa educativo PES. El grupo experimental confirmó que el programa educativo cumplió positivamente en cuanto a utilidad de los temas, cubrió los temas a cabalidad sin ser extensa, que fue comprendido por los participantes sin dificultad, que el contenido era excelente y que aportó en concienzar y reforzar sobre la modificación de hábitos en estilos de vida saludables.
2. El programa educativo aportó cambios positivos, cambios de actitudes y percepción de adquisición de conocimientos por los participantes con relación a la modificación de estilos de vida. Un estudio conducido en Colorado, con el propósito de evaluar la efectividad del programa Corazón Saludable y medir la capacidad del programa para reducir riesgos de enfermedades coronarias, demostró de cambios positivos en actitudes, comportamiento y adquisición de conocimientos. Este estudio le demostró a los Agentes del Servicio Cooperativo de Extensión de Colorado, el impacto positivo del programa Corazón Saludable en la comunidad.
3. La correlación de variables sociodemográficas demostraron una relación entre ingreso y cambios en comportamientos. Un estudio publicado (Fitzgerald, Himelgreen, y otros 1999) en Connecticut, con mujeres puertorriqueñas, con una edad promedio de 29 años y con bajos ingresos económicos informó 40% de obesidad, 47% de inactividad física y 32% con hábitos de fumar. Este estudio informó que pertenecer a una clase social más

baja, el no disponer de automóvil para realizar compras y no haber terminado la secundaria se asoció con la obesidad de estas puertorriqueñas.

4. Las variables sociodemográficas: sexo, la edad, lugar de residencia y participación en ferias de salud no fueron estadísticamente significativas.
5. El programa educativo demostró, ser eficaz en aumento de cambios y actitudes positivas hacia la promoción de estilos de vida saludables en los participantes del programa Ciencias de la Familia y el Consumidor en el municipio de Lajas. Los estudios consultados anteriormente indicaban que los programas para promoción de estilos saludables alcanzaron logros en cambios positivos en actitudes y comportamientos con relación a la modificación de conductas hacia las enfermedades cardiovasculares (Corazón Saludable, “*Prime Sister Circles.*” entre otros estudios).
6. Al comparar los promedios de los cambios en todas las respuestas, el grupo control comenzó con medias más bajas que el grupo experimental. Este último presentó finalizar con un promedio de 4.73 mientras que el promedio del grupo control fue 4.68. Indicando que los que recibieron el programa educativo PES reflejaron haber aumentado significativamente en todos los comportamientos. Hay que indicar que estos participantes tenían conocimientos en salud, ya que demostraron comenzar con medias altas al empezar el estudio investigativo. Según demostraron los datos, este grupo era integrado por personas con un ingreso más alto que el grupo de comparación; lo que implicó el que estos tuvieran más recursos y medios para estar más informados sobre asuntos de salud.
7. El programa educativo cumple con el objetivo para el cual fue diseñado. De acuerdo con la Dra. Feliciano (2004), el proyecto Promoviendo Estilos de Vida Saludables

(PES) es una vivencia donde el participante descubre sus actitudes hacia su salud, comparte sus experiencias con los demás participantes, desarrolla conciencia de la responsabilidad que le corresponde para mantener su salud y toma unas decisiones y acciones que le dirigen hacia el desarrollo máximo de sus potencialidades para vivir la vida en un estado de completo bienestar, físico, mental y social, viviendo la vida saludable.

Recomendaciones

1. Se recomienda replicar el estudio en otras regiones del país con una muestra mayor de participantes y establecer los grupos de un mismo universo; esto es, de participantes del Programa Ciencias de la Familia y el Consumidor.
2. Evaluar los cambios en comportamiento tanto del grupo control como del grupo experimental, luego de haber finalizado el tratamiento con la guía curricular PES a las 10 semanas, 6 meses y 12 meses; como sugieren algunos estudios revisados en la literatura anterior.
3. Seguir utilizando la guía curricular como herramienta en la promoción de estilos de vida saludables en el programa Ciencias de la Familia y el Consumidor.
4. Actualizar la Unidad II, los hábitos alimentarios, donde se analiza la importancia de consumir una dieta balanceada utilizando de referencia la pirámide alimentaria para Puerto Rico, ya que ésta fue modificada recientemente para Puerto Rico.

REFERENCIAS

- The European Comision by Internacional Union for Health Promotion and Education.* (1999). The evidence of health promotion effectiveness. Shaping Public health in New Europe part two: Evidence of health book. Joule composition Paris, France. 1-10 pp.
- Anderson J., Nixon J. y Woodard J. (1998). *The Healthy Heart Program Lowers Heart Disease Risk in Rural Country.* Journal of Extension Education. 36 (6): 1-14.
- Amador, J.A. (2006). *La evaluación continúa de los aprendizajes en el marco del EEES.* Universidad de Barcelona. Recuperado 20 de mayo de 2007 de: <http://www.ub.es/fisi/noticias/docs/evaluaprendizajes.pdf>.
- Alcalay, R., Alvarado M., Newman E., Balcazar H., Huerta E. (1999). Salud para su corazón: A Community-Based Latino Cardiovascular Disease Prevention and Outreach Model. Journal of Community Health. 2(45): 359-361.
- Arévalo M. Arrivillaga D., Correa D. y Holguín L. (2005). *Efectos benéficos de la modificación del estilo de vida en la presión arterial y la calidad de vida en pacientes con hipertensión.* Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia. 16 pp.
- Arroyo H.V, (ED.) (2004). *La Promoción de la salud en América, Latina: modelos, estructuras y visión crítica. Organización Panamericana de la Salud.* 2006. Promoción de la Salud: logros, enseñanzas extraídas entre la carta de Ottawa y la carta de Bangkok y perspectivas para el futuro. Sesión del Comité Ejecutivo. Washington D.C. 13 pp.
- Bayer L. y Apple M. (1988). *The Curriculum problems, Politics and Possibilities.* State University of New York Press. Albany, New York. 3-49 pp.
- Brown J., Kiernan N. (1998). *A Model for Integrating Program Development and Evaluation.* Journal Extension. 36 (3):1-8.
- Canda, M. (1999). Diccionario de Pedagogía y Psicología. Madrid, España. Cultural, S.A. 63 pp.
- Cano, A. (2005). *Elementos para una definición de evaluación.* Universidad de las Palmas de Gran Canaria, España. Recuperado el 27 de marzo 2005. http://www.ulpgc.es/hege/almacen/down/38/38196/tema_5_elementos_para_una_definicion_de_evaluacion.pdf.
- Caserta M. (1995). *Health Promotion y the Older Population: Expanding our Theoretical Horizons.* Community Health. 20 (3): 283-293.
- Davis, Gregory A. (2003). *Using a Retrospective Pre-Post Questionnaire to determine Program Impact: Journal of Extension.* 41(4): 1-5

- Departamento de Salud de Puerto Rico. (2004). *Población por municipios Informe Anual de Estadísticas Vitales 2003*. Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo. Recuperado el 14 de abril de 2005 de:
http://www.tendencias.com/Poblacion/Tablas_poblacion/poblacion/Poblacion_por_municipio_2003.htm.
- Departamento de Salud de Puerto Rico. (2005). *Informe Anual, 2004. Estadísticas vitales: Tazas de mortalidad general por regiones de salud, municipio de residencia y causas específicas, San Juan, Puerto Rico*. 148 pp.
- Feliciano M. (2004) *Proyecto Promoviendo Estilos de Vida Saludables (PES)*. Servicio de Extensión Agrícola, UPR. 56 pp.
- Foucault, J. (1982). *The Subject of Power. Beyond Structuralism and Hermeneutics*. Humbert Dreyfus and Paul Rainbow. University of Chicago Press. 221-224 pp.
- Fitzgerald N., Himmelgreen D., Segura-Pérez S., Peng Y., Pérez-Escamilla R. (2006) *Acculturation, Socio-economic status, obesity and lifestyle factors low income Puerto Rican women in Connecticut, U.S. 1998-1999*. Revista Panamericana Salud Pública 19 (5): 306-313.
- Fitz Patrick, J. L., Sanders, J. R. y Worthen, B. R. (2004). *Program Evaluation, Alternative Approaches and Practical Guidelines*. Pearson Allyn and Bacon. New York. 16-24 pp.
- Frale PJ, Dart L y Bradley (2006). *Primera etapa del programa Healthy Weigh (El camino saludable): Un análisis crítico retrospectivo de su evaluación*. Preventing Chronic Disease 3 (3): 1-2.
- Green L., (1984) *Behavioral health. A handbook of health enhancement and disease Prevention*. New York, Wiley. 1-19 pp.
- Grijalbo. (1999). *Diccionario Enciclopédico Barcelona*: Ediciones Grijalbo. 959 págs.
- Gómez, J., Jurado M., Viana B., Edir M. y Hernández A. (2005). *Estilos y calidad de vida*. Revista digital. Buenos aires. 10(90): 11-22
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill. Interamerica Editores, Mexico. 255-294 pp.
- Hammerschmidt, P., Murphy, A., Youatt, J. Sawyer, C. y Andrews, S. (1994). *Evaluating Curriculum Effectiveness by Asking the User*. Journal of Extension. 32 (3): 1-3.
- Hartman, T., Macarthy, R., Park J., Schustar E. y Kushi, L. (1994). *Focus Group responses of potencial participants in anutrition education program for individual with limited literacy skills*. Journal of American Dietetic Association 94 (7): 744-748.

- Huertas, J. M. (1996). *Los Grupos Focales*. Servicio de Extensión Agrícola, UPR. 17 pp.
- Huertas, J. M. (2005). *Etapas de la Evaluación de Proyectos en Recursos Externos*. Servicio de Extensión Agrícola, UPR. 14 pp.
- Huertas Krogmann, U. y Gibson, V. (2003). *Integrating Development of Extension Materials and Formative Informal Evaluation: Land application of Sewage Sludge as a Case Example*. *Journal of Extension*. 41(1): 1-12.
- Hughes M., Porter G. y Thomas V. (2007). *Prime Time Sister Circles: Evaluating a Gender Specific Culturally Relevant Health Intervention to decrease mayor risk factors in mid-Life African-American women*. *Journal of the National Medical Association*. 99 (4): 428-438.
- Mucktar J., Martin M., Rivera M., Lavinghouse SR., Jernigan J., Siegel P., Heath G.; Murphy D. (2006). *Program evaluation and chronic diseases: methods, approaches and implications for public health*. *Prev. Chronic Dis*. 3(1).
Recuperado 10 de abril de 2007 de:
http://www.cdc.gov/pcd/issues/2006/jan/05_0141.htm.
- Jayo C., Liddil A y Barronk (2004). *Use retrospective surveys to obtain complete data sets and measures Impact in Extension Program*. *Journal of Extension*. 42 (2): 1-9.
- Lester, N., Onore, C., Boomer, G. y Cook, J. (1992). *Negotiating the curriculum Educating for the 21st century*. Palmer Press Taylor and Francis Inc. 15-52 pp.
- Longes, J. (1975). *Designing Evaluative Research*. *Journal of Extension*: 13(2): 5-48.
- Maya L. (2001). *Los estilos de vida saludables: componente de la calidad de vida*. Centro de documentación virtual en recreación, tiempo libre y ocio.
Recuperado 13 de noviembre de 2007 de:
www.funlibreorg./doc_umentoslemaya1.htm.
- Muchinik G. y S. Seidman. 1983. *La noción de actitud*. Ficha de cátedra de psicología social. Buenos aires, Universidad de Belgrano de:
Recuperado 23 de julio de 2007 de:
www.espaciologopédico.com/recursos/glosariodet.php?1d=132.
- Nunnally J. (1967). *Psychometric Theory*. New York: McGraw-Hill Book Company, Inc. 8 pp.
- Organización Panamericana de la Salud. (2006). *Promoción de la Salud: logros, enseñanzas extraídas entre la carta de Ottawa y la carta de Bangkok y perspectivas para el futuro*. Sesión del Comité Ejecutivo. Washington D. C. 13 pp.

- Pastor Y. (1999) *Un estudio de la influencia del autoconcepto multidimensional sobre el estilo de vida saludable en la adolescencia media*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Valencia. Revista digital. Año 10. N 90, Recuperado Noviembre de 2005 de: <http://www.Efdeportes.com>
- Patton, M.Q. (1994). *Developmental evaluation*. Evaluation Practice 15 (3): 311-319.
- Petchers, M., Hirsch E. y Bloc B. (1988). *A Longitudinal Study of the Impact of a School Heart Health Curriculum*. Journal of Health. 13 (2): 94.
- Pratt, C.C., McGuigan, W.M., Katzer, A.R. (2000). *Measuring program outcomes: using retrospective pretest methodology*. American Journal of Evaluation. 21 (3).
- Rockwell, S.K., S Kohn, H. (1989). *Post-then-pre-evaluation*. Journal of Extension. 27 (2).
- Rohn, F. (1999). *Response Shift bias: A problem in evaluating leaderships development with self-report protest measures*. Journal of Agricultural Education, 40 (4): 28-37.
- Schalock R. (2005). *Calidad de vida en la evaluación y planificación de programas: Tendencias actuales*. Hasting College. 1-30 pp.
- Scherier, M.A. (1994). *Designing and using process evaluation*. In J.S. Wholey, H. Hatry and K. Newcomer (Eds.), *Handbook of practical program evaluation* San Francisco: Hoesy Bass. 40-68 pp.
- Scriven, M. (1991). *Evaluation Thesaurus*. 4th ed. Newbury Park C.A: Sage publications.
- Steinberg, Karen (2007). *Wellness in Every Stage of Life: A New Paradigm for Public Health*. Programs Retrived Jan 2007, from: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2007/jan/06_0120.htm
- Stenhouse, L. (1984). *Investigación y Desarrollo del Curriculum* (1^{era} ed.). Ediciones Morata, S.A. 143-274 pp.
- Taylor-Powell, E. y Steele, S. (1996). *Recoger datos de la evaluación: Una descripción de fuentes y de métodos*. Universidad de Winsconsin. Publicación Cooperativa de la Extensión. Madison, Winconsin: 11 pp.
- Tessmer, M. (1993). *Planning and Conducting Formative Evaluations: Improving the Quality of Education and Training*. London: Kogan page. 1-5 pp.
- The European Comision by Internacional Union for Health Promotion and Education. (1999). *The evidence of health promotion effectiveness*. Shaping Public health in New Europe part two: Evidence of health book. Joule composition Paris, France. 1-10 pp.

- Tyler, R., Gagne R. y Scriven M. (1967). *Perspectives in Curriculum Evaluation Chicago: Rand McNally*. 39-83 pp.
- Vargas J.A. (2002). *Ministerio de educación superior*. Revista Pedagogía Universitaria. Vol. 7 No. 3 revistas.mes.edu.cu/pedagogia-universitaria/indice-general.
- Verdugo, M.A. (1994). *Modelos de Evaluacion curricular, una guia para la intervención Psicopedagogic*. Madrid: siglo XXI. 197-222 pp.
- Worthen, R. y Sanders R. (1987). *Educational Evaluation*. Alternative Approaches and practical guidelines by Hongman N.Y. 450 pp.
- Zaveri H., Farris R., Will J. (2006). *Identificación de las mejores prácticas para los Programas “Wise Woman” utilizando una evaluación por métodos mixtos*. Preventing chronic Disease. 3 (1): 1-2.

APÉNDICES

APÉNDICE A

CARTA EXPLICATIVA DEL ESTUDIO

Universidad de Puerto Rico
Recinto Universitario de Mayagüez
Colegio de Ciencias Agrícolas
Lajas, Puerto Rico

CARTA EXPLICATIVA DEL ESTUDIO

Estimada Ama de Casa:

Estoy trabajando en el proyecto de Investigación de Tesis evaluando la guía curricular que utiliza el Servicio de Extensión Agrícola, Promoviendo Estilos de Vida Saludables. La promoción de Estilos de Vida Saludables permite crear conciencia de los hábitos de vida positivos para su salud. Para realizar este estudio necesito tomar una muestra representativa de amas de casa de la municipalidad de Lajas.

Usted ha sido seleccionada con el propósito de que tome parte activa de esta investigación. Esta consiste en participar de forma voluntaria en el curso corto sobre Promoción de Estilos de Vida Saludables. Su participación consistirá en asistir los martes a partir del 12 de septiembre de 2006 a las 9:00am en la Estación Experimental Agrícola de Lajas al curso corto sobre temas de salud. Su contribución es imprescindible para desarrollar y fortalecer programas de impacto del Servicio de Extensión Agrícola conducentes a mejorar la calidad de vida del individuo.

Me comunicaré con usted para ultimar los detalles del comienzo de esta importante investigación. Agradezco notifique su disposición a participar en dicho estudio. De ser así favor endosar el documento adjunto.

Cordialmente,

Prof. Zulma Pérez Hernández

Anejo

APÉNDICE B
CONSENTIMIENTO

Universidad de Puerto Rico
Recinto Universitario de Mayagüez
Colegio de Ciencias Agrícolas
SERVICIO DE EXTENSION AGRÍCOLA
Lajas, Puerto Rico

CONSENTIMIENTO

11 de septiembre de 2006

Yo _____ acepto ser parte del proyecto de
(nombre en letra de molde)

Investigación Promoviendo Estilos de Vida Saludables voluntariamente.

FIRMA

Cordialmente,

Prof. Zulma Pérez Hernández

APÉNDICE C

CARTA PARA CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

Universidad de Puerto Rico
Recinto Universitario de Mayagüez
Colegio de Ciencias Agrícolas
SERVICIO DE EXTENSION AGRICOLA

CARTA PARA CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

11 de septiembre de 2006

Reciba un cordial saludo:

El Servicio de Extensión Agrícola del Recinto Universitario de Mayagüez estamos trabajando en un estudio que servirá para elaborar una tesis de maestría sobre conocimientos de las amas de casa con relación a la Promoción de Estilos de Vida Saludables.

Por la cual solicitamos su ayuda para contestar voluntariamente unas preguntas cuyas respuestas serán confidenciales y anónimas.

Gracias por su colaboración.

Prof. Zulma Pérez Hernández

APÉNDICE D
CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

Universidad de Puerto Rico
Recinto Universitario de Mayagüez
Colegio de Ciencias Agrícolas
SERVICIO DE EXTENSION AGRICOLA

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

Fecha: Lunes, 11 de septiembre de 2006

Seleccione la contestación que mejor le aplique.

1. Edad

- a. 21-29
- b. 30-39
- c. 40-49
- d. 50-69
- e. 70 ó más

2. Ingresos anuales

- a. 0 - 10,000
- b. 10,000 – 14,999
- c. 15,000 – 24,999
- d. 25,000 – 34,999
- e. más de 35,000

3. Género

F_____ o M_____

4. Lugar de residencia

- a. Urbanización o condominio privado
- b. Urbanización o condominio público
- c. Parcelas
- d. Campo
- e. Otros_____

5. Nivel escolar

- a. Elemental 1^{ro} – 6^{to}
- b. Intermedia 7^{mo} – 9^{no}
- c. Superior 10^{mo} – 4^{to} año
- d. Bachillerato
- e. Otros_____

6. ¿Ha asistido a una feria o clínica de salud en los últimos seis meses?

Sí_____ No_____

APÉNDICE E
INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

Universidad de Puerto Rico
Recinto Universitario de Mayagüez
Colegio de Ciencias Agrícolas
SERVICIO DE EXTENSIÓN AGRÍCOLA

INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

Nombre _____

Fecha _____

EVALUACIÓN DE LOS PARTICIPANTES

Para ayudar al Servicio de Extensión Agrícola a mejorar el material presentado en las lecciones del Proyecto **Promoviendo Estilos de Vida Saludables (PES)** y conocer el impacto de las mismas en usted, necesitamos su ayuda. Favor de contestar las preguntas que siguen. La información que nos provea será confidencial, por lo tanto no la compartiremos con nadie.

Circule el número correspondiente a su contestación.

1. Usted es...
 - a. Hombre
 - b. Mujer

2. Su edad está entre los...
 - a. 20-29 años
 - b. 30-39 años
 - c. 40-49 años
 - d. 50 años o más

3. Usted vive en...
 - a. Urbanización o condominio privado
 - b. Urbanización o condominio público
 - c. Parcelas
 - d. Campo

Indique con una “X” en el encasillado seleccionado para su contestación.

	Nunca	Casi nunca	A Veces	Casi siempre	Siempre
(1) a. Después de participar en el curso Promoviendo Estilos de Vida Saludables entiende el concepto de salud.					
b. Antes de participar en el curso Promoviendo Estilos de Vida Saludables entendía el concepto de salud.					
(2) a. Después de participar en el curso Promoviendo Estilos de Vida Saludables usted puede establecer lo que quiere saludable.					
b. Antes de participar en el curso Promoviendo Estilos de Vida Saludables usted podía establecer lo que es Estilos de Vida Saludables.					
(3) a. Después del curso Promoviendo Estilos de Vida Saludables usted puede identificar el estilo de vida que afecta a su salud.					
b. Antes del curso Promoviendo Estilos de Vida Saludables usted podía identificar el estilo de vida que afecta su salud.					
(4) a. Después de participar en el curso Promoviendo Estilos de Vida Saludables usted puede reconocer la utilidad de la pirámide alimentaria como guía para la selección de alimentos.					
b. Antes de participar en el curso Promoviendo Estilos de Vida Saludables usted podía reconocer la utilidad de la pirámide alimentaria como guía para la selección de alimentos.					
(5) a. Después de participar en el curso Promoviendo Estilos de Vida Saludables usted puede conocer cuál es la lectura de su presión arterial.					
b. Antes de participar en el curso Promoviendo Estilos de Vida Saludables usted podía conocer cuál era su presión arterial.					
(6) a. Después de participar en el curso Promoviendo Estilos de Vida Saludables usted puede controlar su presión arterial.					
b. Antes de participar en el curso Promoviendo Estilos de Vida Saludables podía controlar su presión arterial.					
(7) a. Después de participar en el curso Promoviendo Estilos de Vida Saludables usted puede mencionar los alimentos con alto contenido de sodio.					
b. Antes de participar en el curso Promoviendo Estilos de Vida Saludables usted podía mencionar los alimentos con alto contenido de sodio.					

	Nunca	Casi nunca	A Veces	Casi siempre	Siempre
(8) a. Después de participar en el curso Promoviendo Estilos de Vida Saludables usted puede afirmar las buenas prácticas de actividad física que cada una realiza.					
b. Antes de participar en el curso Promoviendo Estilos de Vida Saludables usted podía afirmar las buenas practicas de actividad física que cada uno realiza.					
(9) a. Después de participar en el curso Promoviendo Estilos de Vida Saludables usted puede aumentar diariamente su actividad física.					
b. Antes de participar en el curso Promoviendo Estilos de Vida Saludables usted podía aumentar diariamente su actividad física.					
(10) a. Después de participar en el curso Promoviendo Estilos de Vida Saludables usted puede señalar los diferentes tipos de diabetes.					
b. Antes de participar en el curso Promoviendo Estilos de Vida Saludables usted podía señalar los diferentes tipos de diabetes.					
(11) a. Después de participar en el curso Promoviendo Estilos de Vida Saludables usted puede mencionar algunas medidas de control que debe tomar el paciente diabético.					
b. Antes de participar en el curso Promoviendo Estilos de Vida Saludables usted podía mencionar algunas medidas de control que debe tomar el paciente diabético.					
(12) a. Después de participar en el curso Promoviendo Estilos de Vida Saludables usted puede reconocer la responsabilidad que cada cual tiene con su propia salud.					
b. Antes de participar en el curso Promoviendo Estilos de Vida Saludables usted podía reconocer la responsabilidad que cada cual tiene con su propia salud.					
(13) a. Después de participar en el curso Promoviendo Estilos de Vida Saludables usted puede firmar un acuerdo aceptando observar ciertas prácticas para mantener y promover su salud.					
b. Antes de participar en el curso Promoviendo Estilos de Vida Saludables usted podía firmar un acuerdo aceptando observar ciertas prácticas para promover su salud.					

5=siempre 4=casi siempre 3= a veces 2=casi nunca 1=nunca

Comentarios y sugerencias para mejorar el curso:

¡Gracias por su participación!

APÉNDICE F

PREGUNTAS DEL GRUPO FOCAL

Universidad de Puerto Rico
Recinto Universitario de Mayagüez
Colegio de Ciencias Agrícolas
SERVICIO DE EXTENSIÓN AGRÍCOLA

ENTREVISTA DEL GRUPO FOCAL

PREGUNTAS DEL GRUPO FOCAL

1. ¿Cuáles son los tres aspectos que más le han gustado de la guía Promoviendo Estilos de Vida Saludables?
2. El Programa Ciencias de la Familia y el Consumidor desea mejorar la guía curricular Promoviendo Estilos de Vida Saludables con el propósito de sacar el mejor provecho de su contenido. ¿Qué tres cambios le realizaría? ¿Por qué?
3. ¿Qué temas o aspectos se pueden incorporar o añadir a esta guía curricular Promoviendo Estilos de Vida Saludables para que sea más completa y responda a sus necesidades?
4. De los Temas que se incluyen en la guía...
 - ¿Cuáles son de mayor utilidad?
 - ¿Cuáles son los temas de menos utilidad?
5. ¿Cree usted que los temas incluidos en la guía curricular Promoviendo Estilos de Vida Saludables son entendidos con facilidad? ¿Hay algún tema que se hace difícil entender?
6. El contenido es suficiente para entender los temas que se han presentado.
 - ¿Le pareció muy extensa?
 - ¿Le pareció muy corta?
7. ¿De que forma la guía Promoviendo Estilos de Vida Saludables fomentó cambios de conducta en usted? ¿Cuáles?

APÉNDICE G

PROGRAMA DEL CURSO

Universidad de Puerto Rico
Recinto Universitario de Mayagüez
Colegio de Ciencias Agrícolas
SERVICIO DE EXTENSIÓN AGRÍCOLA

CURSOS PES O

Fecha: Todos los Martes
(comenzando el 12 de septiembre de 2006)
Lugar: Estación Experimental Agrícola, Lajas
Hora: 9:00am

Recurso: Prof. Zulma Pérez Hernández
Economista del Hogar
Lajas, Puerto Rico

OBJETIVOS

A través de una serie de experiencias de aprendizaje, los participantes:

1. Comentarán lo que se entiende por salud.
2. Describirán lo que quiere decir estilo de vida.
3. Analizarán como el estilo de vida afecta la salud.
4. Demostrarán la utilidad de la pirámide alimentaria como guía para la selección de alimentos.
5. Conocerán cuál es la lectura de su presión arterial.
6. Señalarán cómo se puede controlar la hipertensión.
7. Mencionarán los alimentos con alto contenido de sodio.
8. Afirmar las buenas prácticas de actividad física que cada uno realiza.
9. Aumentar diariamente su actividad física.
10. Señalarán los diferentes tipos de diabetes.

LECCIONES

- Lección I** - Estilos de Vida y Salud
- Lección II** - Los Hábitos Alimenticios
- Lección III** - La Hipertensión
- Lección IV** - La Actividad Física
- Lección V** - La Diabetes
- Lección VI** - Responsabilidad Personal

