

Factores de riesgo hipertensivos en educación de la salud, mediación productiva para la salud conductual

Herman Arcenio Romero Ramírez¹ h.romero1@hotmail.com
Carlos Emilio Paz Sánchez² pazzsanchezcarlos@hotmail.com
Darwin Fabián Toscano Ruíz³ darfatoscano@yahoo.com

UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

Introducción

Invocar los factores de riesgo para la obtención de una plenitud vital puede provocar reacciones contestarías resultantes de los enfoques asumidos en la argumentación; es un reto que no niega el valor de emprender un camino hacia un develamiento de acuerdos para laborar juntos médicos, formadores y pacientes en la construcción de una cultura colectiva de salud. El concepto salud conductual fue desarrollado por Aquilino Polaino como un campo interdisciplinario que fomenta la filosofía estimulante de conductas que prevengan enfermedades (Loraino, 1987), la aspiración de hacer concordar varias disciplinas y sintetizarse en una filosofía habilita muchas dimensiones a generar y constituye un propósito que de suyo establece la necesidad de una trascendencia para alcanzar esa competencia personal. La presente comunicación asume como finalidad resignificar la relación coherente que tiene la educación de la salud con un tipo de vida que esté simbolizada por la alegría en la cotidianidad, las relaciones familiares y socio-afectivas. Un estado así llega hasta la utilidad del individuo en las obligaciones que decidió involucrarse cuando eligió un rol social.

Para emprender el camino constructivo los autores revisitaron los ámbitos de una enfermedad considerada entre las más extendidas del orbe. La Organización Panamericana de la Salud en su asiento digital señala que al menos uno de cada tres adultos en la región de las Américas tiene presión arterial alta –o hipertensión--, el principal factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares y muertes (OPS, 2013). En su información oficial se advierte un interés por causar efectos en la convicción de los lectores y personas en riesgo mediante datos altamente ilustrativos: uno de cada tres personas la padecen, 1,9 millones de personas mueren por ella en la región, pero el texto coloca una solución efectiva a tal epidemia: es tratable y controlable (Etienne, 2013). En este mensaje se reiteran fundamentos ampliamente divulgados (Gaitán, 2015; OMS, 2016), casi todos relacionados con la conducta del sujeto, hecho que explica la amplitud de conductas irresponsables con su salud que

¹ Doctor en Medicina Humana, coordinador de la carrera de Enfermería, profesor titular de la Universidad Técnica de Babahoyo, doctorando en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos de Lima.

² Doctor en Medicina Humana, Decano de Facultad de salud, profesor titular de la Universidad Técnica de Babahoyo, doctorando en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos de Lima.

³ Magister en Administración de Empresas, Director de Posgrado y Profesor Titular de Universidad Técnica de Babahoyo, doctorando en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos de Lima.

observan muchos individuos. Por tales motivos este trabajo ha identificado una problemática que urge enfrentar, si hace una década esta enfermedad no ocupaba los rangos que hoy la posicionan entre las de mayores accidentes fatales, y sus causas son preferentemente culturales, ¿cuáles son los mecanismos constructivos a erigir en la subjetividad de los actores sociales para controlarla a nivel de la mayoría de la población? Al respecto no están debidamente considerados en los estudios sociales de salud, los problemas que tienen que ver con el subdesarrollo, pues los investigadores no establecen la correspondiente relación con el sistema social específico que pudiera estar determinando la problemática manifiesta. En los planteamientos del norteamericano Talcott Parsons, se advierte una evolución en su concepción, acerca del papel funcional que desempeñan los factores existentes en la sociedad; hay autores que señalan como Parsons quiso demostrar que su gran esquema teórico no estaba reñido con el análisis de la evolución humana, social y natural (Pastor, 1992:169). Esa aclaración de Parsons que Alba Pastor apunta, deja una lectura de la búsqueda del académico norteamericano por estructurar en su teoría el lugar de los elementos sociales para la conducta del sujeto. Para este artículo constituye un desafío encontrar ese lugar en la educación para la salud, campo que fusiona la ciencia biológica con la didáctica para preparar al hombre en pos de existir con salud.

Para alcanzar objetividad el trabajo eligió una comunidad ecuatoriana donde confrontar los supuestos que fundamentan el nexo de las ciencias invocadas y contextualizar el problema regional y mundial con una situación objetiva local de la cual extraer una comprensión sobre la correlación de las políticas públicas del Estado con la vida social en la nación. La estructura que explica esta discusión epistemológica y metodológica se inicia por colocar la trascendencia de la enseñanza en la didáctica de la salud, luego observar esos supuestos en la enfermedades cardiovasculares y finalmente comparar la lógica resultante en la subjetividad de los actores y sus discursos para alcanzar una dimensión de la política emprendida por las autoridades en la dimensión del comportamiento humano, resultado que debe permitirle a los agentes institucionales la corrección de sus estrategias.

Desarrollo

La educación para la salud se ha venido ganando un lugar en la pedagogía contemporánea; la asunción por los Estados de un pensamiento administrativo basado en los principios del humanismo ha llevado a elaborar políticas determinantes de prácticas sociales para estructurar en las mentes de las personas una cultura de la vida sana. Entre los actores que se han ocupado en desarrollar puntos de vista vinculados se encuentran no solo profesionales de la salud, también hacen presencia organismos nacionales e internacionales que tienden a señalar como objetivo común la modificación de los conocimientos, las actitudes y los comportamientos de los sujetos, hacia una salud positiva (Pedrero, 2012).

Es frecuente que la labor educativa en el campo de la salud adopte un enfoque de tratamiento, aunque se enmarque en la prevención y el cambio de actitud de las personas en los estilos de vida saludables, como base para la recuperación de la salud; esa colocación desconoce el conjunto de medios operantes en la conducta social. Los mecanismos emocionales representan uno de dichos medios ya que matizan el aprendizaje humano y pueden dar lugar a

resistencias entre las cuales se encuentra la subvaloración del contenido dispuesto. Entre dichos mecanismos es preciso ubicar las reacciones afectivas que son expresivas en sentimientos, emociones y pasiones. En relación con el aprendizaje hay que comprender que a los sentimientos se les atribuyen dos objetos: los positivos donde se pueden generar sentimientos como de amor, aceptación, afirmación y simpatía y los negativos como la repulsión, el fastidio, la aversión, la tristeza como conductas antitéticas derivadas (Rodríguez, 2016). Las pasiones contienen un componente expresivo muy útil para enseñar, pues permite al docente conocer la efectividad de su acto. En el autor citado se destaca que en el campo educativo, se puede estimular a los estudiantes para que respondan a ciertos acontecimientos o situaciones donde aprendan a manejarse y donde el docente a partir del dominio de sus emociones propias pueda colaborar para que el proceso escolar sea una experiencia gratificante para ambos (2016), esa interacción ilustra comportamientos que deben ser orientados para hacer durable la experiencia de aprendizaje. Contiene además una tensión hermenéutica, los resultados evidenciados en la práctica de aprendizaje no presentan un contenido positivo ni avizoran para el paciente simpatía alguna. Hechos que se contextualizan más en las amenazas y los objetos negativos que positivos en las reacciones afectivas.

Trascendencia de la enseñanza en la didáctica de la salud

La didáctica de la salud ha formado su arsenal teórico y metodológico en la perspectiva metódica del dialogo directo e indirecto; determinado así por la posibilidad que ofrecen la mediación física y los métodos unidireccionales y bidireccionales diferenciados por la alternativa del emisor de ser protagónico o facilitar un intercambio donde el protagonismo es el contenido en lugar del emisor. Según refiere Eva Tizón en su blog, la eficacia de los métodos de Educación para la Salud en términos de modificación de comportamientos es directamente proporcional al grado de interrelación que se establezca entre el educador y el educando (2008). Afirmación que se sustenta en una supuesta eficacia del diálogo, pero que solo argumenta desde una postura absoluta. Ella cifra su confianza en el uso de medios de enseñanza audiovisuales así como en el diálogo y la exposición. La educación para la salud desde que fuera fundada en el siglo XX ha privilegiado la entrevista sanitaria terapéutica. Es un método donde el diálogo es muy difícil de generar y la aspiración de procurar que el educando se perciba un ambiente cómodo y agradable (2008), es casi imposible de lograr en lo subjetivo aunque sea alcanzable en lo objetivo. Es una pedagogía que desconoce al sujeto y su autonomía en el proceso de enseñanza-aprendizaje donde la personalidad impone sus mediaciones y convierte lo repetitivo, en poco duradero e ineficaz (Perea et al, 2009:15), fundamentos que explican la irrentabilidad de los métodos tradicionales de educar para la salud.

Este tipo de educación concebida como disciplina ha tratado de desarrollarse con la creación de un sistema de categorías que fijen la manera de explicarla y operacionarla en su didáctica y en su investigación. De una perspectiva informativa que obliga a empoderar a los sujetos ha pasado a iluminar su condicionamiento social. Desde el momento en que el Comité de Terminología para la Educación para la salud destacó las dimensiones sociales, intelectuales y psicológicas que determinaban las decisiones de las personas en la afectación de su bienestar (Pedrero, 2012), los conceptos y puntos de vista

fueron articulando una postura sociopsicológica que situaba la interdisciplinariedad como una de las soluciones para modificar la conducta en pro de un bienestar saludable; sin embargo un modelo reproductivo aleja la posibilidad para la adopción de una convicción que asegure una actuación responsable, pues se basa en tradiciones culturales que son precisamente las que están afectando el autocuidado de las personas.

Asumir la relación de médicos, formadores y educadores en salud mediante un modelo productivo puede ser un real aporte a la posibilidad de contextualizar la autonomía, (Vera, 2005); desarrollar factores predisponentes de la salud (Polaino, 1987), demostrar el arsenal de ideas que dinamizan una salud conductual, integrando variadas aspiraciones epistemológicas. Modelo que permitirá la correlación entre la vida plena y las asignaturas vinculadas que se desarrollan mediante una pedagogía participativa y comunitaria (2012). Para colocar la producción como modelo es requisito compararlo con la reproducción que asiste en tanto principio al proceso educativo, forma clave de reproducción cultural, al decir de Raymond Williams quien señala la orientación social de la misma y en específico porque está asegurada por la existencia y autoprolongación de la propiedad y otras relaciones importantes, es el caso de las religiosas y familiares (1992); este autor aprecia la producción en un cambio en esas relaciones en los órdenes sociales y los órdenes culturales, para él deben considerarse como activamente construidos.

La naturaleza significativa de la hipertensión arterial como factor para la trascendencia en las enfermedades cardiovasculares

En el párrafo anterior era situado el conocimiento como ámbito o fuente para la construcción del mensaje educativo. Si se desea hallar una razón a la promoción de información sobre enfermedades, estilos de vida y condiciones higiénicas ambientales es preciso señalar el carácter de proceso cultural diferencial en los distintos niveles de organización social en que se sustenta cualquier intento para educar a un sujeto en salud; superar la relación médico-paciente es llegar a otro estado en la formación lo cual conlleva ir a las circunstancias donde se desenvuelve el individuo. Uno de los motivos de la resistencia o contracultura que actúan los actores ante los procesos educativos es la subvaloración de sus normas ya que ello viene acompañado de un desconocimiento de sus creencias adquiridas en las tradiciones familiares y grupales. Las imágenes y relatos que son invocados para persuadir a los sujetos en reiteradas ocasiones están desvinculados de sus realidades porque no están estructuradas socialmente. Conectar la naturaleza significativa de las enfermedades y estilos de vida con el contexto del sujeto representa interpretar las dinámicas de sus universos desde el interior de los mismos.

Las enfermedades cardiovasculares poseen un ámbito médico que debe ser orientado al paciente potencial o actual para que haga la traducción de la información en estrategias de acción con las cuales delimitar su estilo de vida. Epidemiológicamente podemos hablar de la identificación de los factores de riesgo como argumentos a proporcionar en la orientación de las tácticas individuales; esos procedimientos pueden asumir una identidad en cada sujeto que lo lleve a privilegiar la atención según sea su comportamiento. Son factores de riesgo, probabilidad de un resultado adverso, o un factor que aumenta esa probabilidad (OMS, 2002). Las posibilidades de que una persona desarrolle presión arterial alta, y el reconocimiento de este o estos factores son claves

para la prevención, manejo y control de la enfermedad. Apelar a los significados contenidos en el conocimiento de la patología, determina explicar al grupo con quienes convive el paciente para que las decisiones sean consensuadas a nivel grupal y las soluciones o cambios en su estilo de vida garantice mantener los juicios de gusto con que organiza la vida cotidiana grupal en una dimensión placentera sin dañar su salud.

La prevención básica es una de las estrategias cuya construcción puede ser orientada a personas de alto riesgo y a la comunidad; a los cuales hay que informar sobre la dinámica preventiva y de control de la Hipertensión Arterial, así como el horizonte de posibilidades con que puede modificar el estilo de vida sin afectar su calidad. El debate que puede producirse debe estar situado en la coherencia grupal para que los sujetos en situaciones semejantes puedan participar del sentido creativo en la organización del estilo de vida, y con ello ampliar la asimetría, vista como experiencias, del modelo productivo. Hay muchas modificaciones activas en la conducta del paciente, que este puede llevar a feliz término sin que le cueste mucho debido al autoconocimiento que posee sobre su caso en particular y con ello el tratamiento se erige en una práctica de pedagogía participativa (Pedrero, 2012) mediante una intervención comunitaria.

El espectro clasificativo de la hipertensión arterial resulta el nicho donde fertilizar los vínculos de la conducta individual y colectiva para insertar los pacientes actuales y potenciales y arribar a una convicción de su salud conductual. Este modo de trascendencia se sustenta en los fundamentos de la antropología social. Para ella un estímulo cuantitativamente mínimo que viene de fuera, desencadena una reacción en el organismo, es una fuente de estrés endógeno o reacción masiva en el medio (González, 1983). Ese efecto es un factor teórico que al ser atendido favorece la obtención de una mayor legitimidad en la labor persuasiva al introducir una perspectiva de proceso cultural diferencial, pues debe interpretar aquellos factores de la salud-enfermedad profundamente vinculados a su portador social, complementa las búsquedas de los factores sociales imprescindibles para el logro del bienestar humano (Martínez, 2003). La ciencia cultural destaca el valor de la tradición como reproducción en acción (Williams, 1992) y mientras haya significados en acción es extremadamente difícil desinstalarlos porque hay contenida una capacidad productiva en esos significados, dentro de los límites de su forma, que constituyen estrategias de sobrevivencia de las costumbres; en el caso específico de la educación en salud son argumentos casi siempre referidos a los hábitos heredados que dominan al núcleo familiar o al entorno social inmediato.

Evaluación de la lógica de la resistencia en la subjetividad de los actores y sus discursos

Para evaluar una lógica de la resistencia en los actores hay que realizar un movimiento que transita desde los datos factuales hasta su interpretación en una perspectiva comprensiva de los sujetos estudiados. Esa perspectiva plantea que los otros pueden ser experimentados como próximos o lejanos, pero a la vez puede ser dotada de contenido histórico (Núñez, 2012), enfoque que aplicaremos en esta parte del artículo. En Ecuador, tres de cada 10 personas son hipertensas según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2003) que cita Maricela Pacheco en una evaluación donde acota que el

problema es elevado en países desarrollados y subdesarrollados (Pacheco, 2012), hecho que indica su carácter nada económico y si multiétnico. De acuerdo a esos datos en el año 2007 solamente en las unidades del Ministerio de Salud, se han presentado 67.570 nuevos casos. En el 90 a 95% de los casos de Hipertensión Arterial, se desconoce la causa, algunos son de origen congénito (hereditario), las personas de etnia negra tienen mayor probabilidad de padecer la enfermedad, así como en los pacientes con sobrepeso y obesidad; otros factores asociados a la hipertensión son el sedentarismo o falta de actividad física, el consumo excesivo de alcohol, alto consumo de sal o sensibilidad a la sal, el embarazo y algunos anticonceptivos orales. En la investigación se aplicó encuestas a los pacientes para conocer detalladamente los factores de riesgos modificables que afectan a la población de adultos hipertensos en el recinto San José, cantón Montalvo.

Se aplicó un diseño descriptivo – explicativo cuyos resultados fueron: 50 adultos con historial de hipertensión en el subcentro del lugar.

Predominaba entre los mismos el sexo femenino con un 60 %; consume tabaco el 27% al menos una vez por semana y otro 27% diariamente; en cuanto al consumo de alcohol, el 6% manifiesta tener un consumo diario, el 24 % semanal y un 20% esporádico. La encuesta contenía un asiento respecto a la realización de actividad física, según manifestaron un 30 % realiza algún tipo, un 40 % no mientras un 30 % que a veces lo hace. En cuanto a la observancia de las prescripciones facultativas para la enfermedad, el 56% no toman algún medicamento para la hipertensión, y la frecuencia fue del 24%, frente al 20% que considera ingerirlo casi siempre, por otro lado el 56% nunca lo hace. En esta sección del cuestionario fue colocada una pregunta que permitía saber las complicaciones que ocasiona abandonar el tratamiento a la cual el 64% indicó negativamente, el 64% señaló que sus familiares no colaboran con su medicación. Un dato muy alarmante fue que el 60% dijo que nunca acuden al control de su presión, frente a un 20% que plantea hacerlo casi siempre. El 90% no tiene una alimentación balanceada y el 80% manifestó consumir alimentos ricos en sal.

Los indicadores anteriores revelan muchos hechos sociales; en primer lugar que existe una variable donde se tipifica que en el lugar no son los hombres quienes padecen en mayor medida la enfermedad, lo cual debe ser interpretado desde la perspectiva del acompañamiento que dan a las prácticas culturales masculinas. El exceso de tabaquismo, la alimentación rica en sal y los problemas de hábitos de inobservancia de las orientaciones y planes terapéuticos indican la resistencia al cambio cultural así como la permanencia de costumbres muy arraigadas que si no son atendidas por las mujeres en la elaboración y diseño de la dieta alimentaria las torna en objeto de críticas y conflictos familiares; en el sitio hay hábitos culinarios que son frecuentes en el país vinculados al consumo elevado de grasas de origen animal a medio elaborar, grasas saturadas, bajo consumo de potasio, de esta forma a través de la alimentación se incorporan al organismo diversas sustancias que el cuerpo asimila, lo cual es un elevado factor de riesgo. Estos factores tienen un diapason muy amplio ya que comprenden variables de origen biológico, físico, cultural, social, psicológico y químico. Otro de los factores que más están afectando a los adultos hipertensos es el sedentarismo. El elevado consumo de sal es un factor muy generalizado y reconocido por los encuestados, lo cual representa que poseen una convicción de esa práctica nociva.

A pesar de los adelantos en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de Hipertensión que ha realizado el Gobierno Ecuatoriano, son las acciones de prevención las más activas para conseguir una vida sana y digna, pero los resultados no están al nivel deseado. La situación insatisfactoria con el sistema ha tenido modificaciones importantes orientadas al fortalecimiento de la Atención Integral de la Salud, fundamentadas en el nivel primario que se encuentra localizado cerca de la población, trasladando así la prioridad a la promoción y a la prevención de la enfermedad. La vida digna requiere acceso universal y permanente a bienes superiores, así como la promoción de ambientes adecuados para alcanzar las metas personales y colectivas. La calidad de vida empieza por el ejercicio pleno de los derechos del Buen Vivir: agua, alimentación, salud, educación y vivienda, como prerrequisito para lograr las condiciones y el fortalecimiento de capacidades y potencialidades individuales y sociales. Por ello, mejorar la calidad de vida de la población es un proceso multidimensional y complejo.

Los comportamientos de los sujetos en las encuestas revelan las estructuras significativas que sobre esta enfermedad han creado, así recurren a argumentos donde tratan de colocar en otros las causas de su actitud, una alteridad culposa que los exime de responsabilidades con su salud conductual. Los resultados de la política de salud ecuatoriana del actual gobierno llevan a los sujetos a evitar ser identificados como irresponsables y por eso, aunque reconocen en un gran porcentaje que su alimentación no era la más adecuada y por eso afectaba su tensión arterial, la mayoría de los encuestados responden no conocer acerca de las enfermedades crónicas degenerativa y silenciosa como es la hipertensión arterial. Esa actitud pone bajo la responsabilidad de los medios de comunicación o de las instituciones de salud la culpa por llevar adelante prácticas gastronómicas que no le benefician.

Estos individuos han erigido estructuras semánticas con las cuales economizan su ejercicio comunicativo y acuden a ellas para explicar los comportamientos indebidos, así reiteran no poseer información por cualquier incoherencia conductual, es el caso de que aseguran abandonar el tratamiento debido al desconocimiento de su dolencia y los factores de riesgo que la incrementan. Esa actitud por el grado de generalidad con que es empleada demuestra ser un mecanismo subjetivo de defensa. De facto el modo de encarar la pregunta identifica a un tercero fuera del diálogo como responsable, a pesar de que obvian mencionar quien puede estar ocasionando su desconocimiento.

En relación con la conducta institucional el discurso empleado califica a los subcentros de salud, de ese modo contextualizan su respuesta y la articulan al otro que es conocido por ellos en razón de que fuera quien le hiciera el diagnóstico de su patología. El medio que emplean es la calificación y comparten con el encuestador una actitud de apatía asumida en las citas médicas como respuesta suya a una supuesta baja calidad o mala atención de los servicios médicos del subcentro elegido para el estudio. Esta postura no es mayoría lo cual responde a una estrategia discursiva de personas con mayor nivel de diálogo y riqueza en el lenguaje.

Con base en el postulado constitucional de que en la República se garantiza el derecho de las personas y las colectividades al tiempo libre, la ampliación de las condiciones físicas, sociales y ambientales para su disfrute, y la promoción de actividades para el esparcimiento, descanso y desarrollo de la personalidad (Artículo 383), fue colocado en el cuestionario el papel de los especialistas de

esta educación en la prevención de enfermedades. Los encuestados no dieron margen a especulación en este particular y simplemente manifestaron no realizar ninguna actividad física con los cual reconocen ser los responsables absolutos de esta conducta; ello puede estar ilustrando el nivel que esa actividad desempeña en la localidad, tan bajo que no resulta procedente para estos sujetos inculparlos. Algo semejante ocurre con sus familiares como sujetos que no colaboran en su sanación.

Dimensión del modelo educativo que aplica la política de salud en el comportamiento humano

El modelo educativo productivo para la educación en salud se proyecta como un instrumento pedagógico que basado en las tradiciones didácticas de la educación en salud promueve mediante campañas, charlas terapéuticas y materiales audiovisuales la prevención por estilo de vida que afecten la vida sanitaria positiva. El desconocimiento de los factores de riesgo y abandono del tratamiento para la hipertensión arterial serían motivos que centralizarían su utilización. Los responsables de aplicarlos en la solución a dichos problemas serían el personal médico y enfermería, los formadores en salud, los docentes de asignaturas en los centros educativos quienes estarían actualizados y ocupados de la salud en la comunidad. La instrucción que posicionaría dicho instrumento debe atender que en el carácter reproductivo de las técnicas tradicionales existe la posibilidad de transformar su formalidad en un procedimiento productivo donde sean los pacientes quienes informados propongan soluciones favorables para imaginar un estilo de vida. Al respecto se acota la necesidad que el modelo requiere de un riguroso diagnóstico que permita objetividad en las respuestas creativas.

La dimensión antropológica del modelo lo lleva a pensar en las prácticas culturales de la comunidad en especial en las gastronómicas cuyas soluciones han avanzado mucho a nivel planetario y sin embargo son simplificadas en la enseñanza de comportamientos y estilos de vida saludables. Una dimensión que el promotor debe atender son los mitos y rituales que expresan las creencias grupales las cuales deben ser interpretadas y dispuestas ante los pacientes en escenarios colectivos para debatir su origen, trayectoria y modificación colectiva. La dinámica del instrumento exige penetrar en todos los ámbitos sociales, los medios de comunicación, las escuelas, los centros de salud y los hogares para mantener su carácter activo y continuo como garantía expresa de su carácter sistémico y teórico.

Conclusiones.

Un estudio de esta naturaleza convida a generalizar las ideas centrales con la mirada puesta en la corrección de las estrategias educacionales. La primera cuestión está referida a la comprensión de que las tradiciones educativas utilizadas para este tipo de educación se inspiran en una práctica repetitiva que no ha arrojado resultados suficientes o necesarios porque desconoce al sujeto y su cultura. Esa formación antropológica ancestral mantiene plena vigencia y se reproduce constantemente dentro de los moldes formales del sujeto mediante el empleo de la creatividad hecho que dimensiona sus creencias en alto grado y hace muy difícil su transformación, a menos que se utilice un modo de insertar una convicción en el paciente de que es posible modificar sus prácticas sin grandes transformaciones del gusto.

Las búsquedas del concepto pedagógico educación para la salud se han movido hacia los diferentes ámbitos que determinan al actor social y eso le ha permitido llegar hasta la relación de la epidemiología y la sociedad donde los factores de la relación salud-enfermedad con vínculos a su portador social son una visión que puede aportar una metodología más científica a la promoción de salud.

La población del recinto San José, aportó una lectura a las estructuras de significados que erigen los sujetos en estudio y las maneras en que ilustran la marcha de las políticas públicas con lo cual puede realizarse acciones correctivas en los programas preventivo - promocionales, dirigidos a los estilos de vida saludable, como la implementación de un programa educativo sobre los factores de riesgo que predisponen a la hipertensión arterial y su prevención. Este caso reveló los conflictos que subyacen al interior del hogar y que pueden subvertir los presupuestos establecidos en razón a circunstancias sociales específicas, hecho que obliga a estudiar las comunidades para conocer el real camino de la corrección.

El modelo educativo productivo que se propone sustentado en el principio del carácter productivo de la didáctica puede convertirse en un instrumento trascendente de la relación médico-paciente al trasladar la centralidad de la exposición persuasiva al debate empírico del paciente en contextos grupales, en esas circunstancias se dinamiza la experiencia y la imaginación desarrollando así una pedagogía participativa comunitaria. Este tipo de forma de enseñar es complejo y requiere dedicar mucho tiempo a la preparación de las situaciones y a la adquisición de conocimientos para poder colocar a los pacientes potenciales y actuales en condiciones de protagonizar la elaboración de sus estrategias de vida.

Las estructuras de significado que emplean los sujetos del caso cuestionan a las instituciones que organizan la educación para la salud, suelen desarrollar una alteridad culposa que los exima de responsabilidades con su estilo de vida. Para lograr que la historicidad de sus significados los comprometa hay que gestar al interior de los ámbitos sociales diálogos cuyos protagonistas sean los comunitarios esa dinámica requiere un carácter activo y sistemático por lo cual médicos, enfermeras, formadores y educadores de la salud deben ser compañeros de viaje de las más variadas formas a fin de que la generación de buenos hábitos y costumbres de la población adulta, en lo que corresponde a la correcta alimentación, cuente no solo con su vigilancia sino con su control y sugerencia hechos que construirán un ambiente de vida sana y participación en la salud colectiva.

BIBLIOGRAFIA

- Constitución de la República del Ecuador Asamblea Constituyente 2008.
http://www.derechoambiental.org/Derecho/Legislación/Constitución_Asamblea._Ecuador_5.html
- Etienne, Clarissa. (2013). Message world water day. Office Regional of the World Health Organization, Washington, United States.
- Gaitán, Diego, et al. (2013). Sodio y enfermedades cardiovasculares: Contexto en Latinoamérica. Universidad de Antioquia, Escuela de Nutrición y Dietética: ALAIN, Archivos Latinoamericanos de Nutrición, Colombia.

- González Alcantud, José Antonio. (1983). Temas de antropología urbana: Los bares1. Asociación Granadina de Antropología: Gaceta de Antropología N.2, España.
- Martínez Calvo, Silvia. (2003). Epidemiología y sociedad, Editorial. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología. La Habana.
- Mercado M., Osmar, (2016). El comportamiento humano. Estudios del hombre. <http://www.monografias.com/trabajos35/comportamientohumano/comportamientohumano.shtml#top>
- Núñez, Maribel. (2012). Una aproximación desde la sociología fenomenológica de Alfred Schutz a las transformaciones de la experiencia de la alteridad en las sociedades contemporáneas. Universidad Autónoma Metropolitana Azcapotzalco, México.
- Organización Panamericana de la Salud, (2013) Comunicado de prensa. Consultado en Washington. <http://www.paho.org/hq/index>.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Tenga cuidado con la sal oculta. Seminario virtual. Consultado en Washington. <http://www.paho.org/hq/index.php?>
- _____ (2002). Informe sobre la salud en el mundo. Consultado en Washington. http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_es.pdf?
- Pacheco, Maricela y William Goercke. (2012). Estudio de Factibilidad para la creación de una unidad de Especialidades Médicas. Universidad de Azuay, consultado en <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/1894/1/09180.pdf>
- Pastor, María Alba, (2016). La negación de la historia por el estructural funcionalismo. UAM: Escuela de Filosofía y Letras. <http://tesiuami.uam.mx/revistasuam/lztapalapa>. México.
- Pedrero García, Encarnación y Juan Agustín Morón Marchena. (2012). Aproximación al concepto de educación para la salud: una perspectiva histórica. Sevilla: INNOVAGOGÍA, Congreso Virtual Internacional sobre Innovación Pedagógica y Praxis Educativas. Libro de Actas
- Rodríguez Meléndez, Yenny Carolina. (2016). Las emociones en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Ciudad Méjico: Revista Vinculando 2003-2016,
- Salleras Sanmartí, Luis. (1985). Educación sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones. Madrid: Díaz de Santos.
- Tizón, Eva. (2008). Métodos de educación para la salud. Consultado en <http://enferupp.blogspot.com/2008/07/mtodos-de-educacin-para-la-salud.html>. Valencia.
- PEREA, R. (2009). Promoción y Educación para la Salud: tendencias innovadoras. Madrid: Díaz de Santos.
- POLAINO LORENTE, Aquilino. (1987). Educación para la Salud. Barcelona: Herder.
- Williams, Raymond, (1992). Sociología de la Cultura, Editorial Paidós, Barcelona.
- Vera Batista, José Luis. (2005). Fundamentos teóricos y prácticos de la autonomía del aprendizaje en la enseñanza de las lenguas extranjeras, Universidad de La Laguna: Revista Recre@rte N°3. España.