

**UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**SIGNIFICADO QUE LAS ENFERMERAS OTORGAN A LA
EDUCACION PARA LA SALUD EN EL EJERCICIO PROFESIONAL:
UNA VISIÓN FENOMENOLÓGICA**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGÍSTER EN ENFERMERÍA
MENCION GESTIÓN DEL CUIDADO**

**AUTOR:
PAULINA HURTADO A.**

**DOCENTE GUIA:
LORENA BETTANCOURT O.**

VALPARAÍSO, ENERO 2010



UNIVERSIDAD
DE
VALPARAISO
C H I L E

FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

SIGNIFICADO QUE LAS ENFERMERAS OTORGAN A LA EDUCACION PARA LA SALUD EN EL EJERCICIO PROFESIONAL: UNA VISIÓN FENOMENOLÓGICA

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGÍSTER EN ENFERMERÍA
MENCION GESTIÓN DEL CUIDADO**

**AUTOR:
PAULINA HURTADO A.**

**DOCENTE GUIA:
LORENA BETTANCOURT O.**

VALPARAÍSO, ENERO 2010



UNIVERSIDAD
DE
VALPARAISO
CHILE

FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

SIGNIFICADO QUE LAS ENFERMERAS OTORGAN A LA EDUCACION PARA LA SALUD EN EL EJERCICIO PROFESIONAL: UNA VISIÓN FENOMENOLÓGICA

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGÍSTER EN ENFERMERÍA
MENCION GESTIÓN DEL CUIDADO**

**AUTOR:
PAULINA HURTADO A.**

Nota Firma

DOCENTE GUIA: EM Sra. Lorena Bettancourt Ortega

DOCENTE INFORMANTE: EM Sra. Cecilia Landman Navarro

FECHA: _____

DEDICATORIA

A Miguel y mis hijos por su desprendimiento personal y acompañamiento permanente en este desafiante camino de la investigación.

A Fernando y Carmen, mis padres, siempre guiándome por el sendero de la virtud con amor, perseverancia y rigor.

AGRADECIMIENTO

Agradezco muy sinceramente a mi docente guía Sra. Lorena Bettancourt O. por su entrega constante, generosa y rigurosa en el desarrollo de esta investigación cualitativa.

Un agradecimiento especial a mis colegas clínicas de la Unidad Mediana Complejidad Medica, por su contribución voluntaria y desinteresada en la profundización del ejercicio profesional.

El Arte de Enfermería

“La esencia real de **Enfermería**, como cualquier arte fino, no reposa en los detalles mecánicos de la experta ejecución, ni en las destrezas de un desempeño práctico impecable, sino en la **imaginación creativa**, el **espíritu sensible** y la **comprensión inteligente** que fundamenta esas técnicas y tareas. Sin esto, **Enfermería** puede volverse un negocio altamente competente, pero no puede ser una profesión o un arte fino”.

Florence Nightingale, 1859

RESUMEN

La educación para la salud se ha transformado en una meta clave para fortalecer conductas que apoyen y complementen la prevención, recuperación y rehabilitación de la salud en la persona (autocuidado) en la atención cerrada, enmarcado en el proceso de la reforma de salud del país. Esto genera reflexión sobre la forma en que se desarrolla el proceso educativo en la atención cerrada, y nos lleva a plantearnos la interrogante: ¿Que significado tiene para el profesional de enfermería intrahospitalaria el concepto de educación para la salud? y ¿Cómo lo vivencia en su ejercicio profesional?

Estudio cualitativo, de orientación fenomenológica, que incluyó ocho enfermeras que desarrollan su ejercicio profesional en una Unidad de Mediana Complejidad Médica de un hospital tipo 1, perteneciente al Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, entre los meses de marzo y septiembre de 2009.

Se utilizó la entrevista fenomenológica, y los discursos se analizaron según los momentos de la trayectoria metodológica.

El fenómeno en estudio develó seis categorías emergentes: “Concepto educación para la salud”, “La educación como herramienta para el ejercicio profesional”, “Contando con recursos para educar”, “Participación de la familia/comunidad en la educación para la salud”, “Educando para mitigar el reingreso”, “Ideas de cambio para educar”.

Se develan percepciones para los profesionales de enfermería, que pueden guiar a un cambio en el ejercicio profesional, permitiendo a las enfermeras brindar una educación para la salud holística y personalizada.

Palabras Claves: Enfermería – Educación para la Salud – Ejercicio Profesional – Fenomenología

SUMMARY

The health education has become a key goal to strengthen behaviors that support and complement the prevention, recovery and rehabilitation of health in the person (self) in closed care, framed in the process of health reform in the country. This generates reflection on how the educational process is developed in close attention, and leads us to ask the question: What does it mean for the hospital nurse the concept of health education? and how do you experience in a professional?

Qualitative, phenomenological orientation, which included eight nurses who carry out their work in a Medium Complexity Medical Unit of a hospital type 1, which belongs to the Health Service Valparaiso-San Antonio, between March and September 2009.

Phenomenological interview was used, and the speeches were analyzed according to the moments of the trajectory methodology.

The phenomenon emerging study revealed six categories: "Concept of health education," "Education as a tool to practice", "Armed with resources to educate", "Involvement of family / community health education", "Educating to mitigate the re-entry", "Ideas of change to educate."

Perceptions are revealed for nursing professionals, which can lead to a change in practice, allowing nurses to provide holistic health education and personalized.

Keywords: Nursing - Health Education - Professional Practice - Phenomenology

INDICE DE CONTENIDOS

Capítulo I	2
Introducción	2
1. Buscando el significado de educación para la salud en el rol de la Enfermera	2
2. La interrogante	7
3. Objetivo del Estudio	9
Capítulo II	11
Revisión de la literatura	11
1. Conceptualizando el término educación	11
2. Empoderándome del concepto autocuidado en salud	13
3. Incorporando el concepto autocuidado en la educación para la salud	15
4. En búsqueda de nuestro rol educador en el ejercicio profesional	17
CAPITULO III	22
Optando por el referente filosófico	22
Trayectoria Metodológica	26
1. Investigación Cualitativa	26
2. Momentos de la Trayectoria	27
Descripción:	27
Reducción fenomenológica:	28
Comprensión:	29
3. La Entrevista Fenomenológica y su proceso	30
4. Rigor Ético en la Investigación	32
Constitución de la Investigación	33
1. Colección de los Discursos	33
2. Reducción Fenomenológica: Ejemplo	35
DISCURSO 06	35
3. Análisis Ideográfico: Ejemplo	41
DISCURSO 06	41
CAPITULO IV	43
Construyendo los Resultados	43
CATEGORÍA 1: Concepto de Educación para la Salud	43
CATEGORÍA 2: La Educación como herramienta para el ejercicio profesional	49
CATEGORÍA 3: Contando con recursos para educar	54
CATEGORÍA 4: Participación de la familia/comunidad en la Educación para la Salud	58
CATEGORÍA 5: Educando para mitigar el reingreso	63
CATEGORÍA 6: Ideas de cambio para educar	65

CAPITULO V	70
Vislumbrando Caminos	70
1. Significado que las enfermeras otorgan a la educación para la salud	70
2. Consideraciones Finales	76
CAPITULO VI	79
Referencias Bibliográficas	79
ANEXOS	87
ANEXO 1: Solicitud autorización del estudio	88
ANEXO 2: Autorización concedida	89
ANEXO 3: Consentimiento informado	90
ANEXO 4: Discursos	91
DISCURSO 01	91
DISCURSO 02	94
DISCURSO 03	97
DISCURSO 04	100
DISCURSO 05	103
DISCURSO 06	107
DISCURSO 07	114
DISCURSO 08	116

CAPÍTULO I

Introducción

CAPÍTULO I

Introducción

1. *Buscando el significado de educación para la salud en el rol de la Enfermera*

Enfermería como arte implica considerar otros lentes para mirar la realidad profesional y disciplinar, y ese es el desafío que quiero asumir como contribución a la reflexión inicial sobre este tema, que tiene un gran potencial en la resignificación de la educación para la salud, como esencia del aporte profesional de las enfermeras a la sociedad. Por esto, es que primero contextualizaré lo que entiendo por profesión y disciplina de Enfermería, para luego entrar en el desarrollo del tema de la educación para la salud, basado en estudios, que han contribuido a profundizar en este tema.

Entiendo por profesional Enfermera, al rol y funciones legalmente determinadas que las enfermeras y enfermeros debemos desarrollar en la sociedad, señaladas en el Art. 113 del Código Sanitario (Chile, 1998).

Dentro de este marco legal, como enfermera profesional en Chile ejecuto roles en áreas de desempeño asistencial, administrativa y de gestión, de educación y de investigación.

Rivera (2004), señala que el desempeño *educativo* lo ejerce mediante el diseño, la ejecución y evaluación de sistemas, proyectos o programas educativos para personas, familias y comunidades orientados a la promoción de la salud y prevención de enfermedades, mediante el estímulo a las acciones de autocuidado y la toma de decisiones en salud. Incluye participación en docencia y en programas de educación permanente en salud para profesionales y técnicos de Enfermería.

Por disciplina concibo, el saber producido por las enfermeras y enfermeros en forma sistemática, que constituye el cuerpo propio de Enfermería, que se ha ido constituyendo desde Florence Nightingale en adelante. Este saber está organizado sistemática y lógicamente en teorías de Enfermería. El conocimiento desarrollado en estas teorías fundamenta la práctica de educar en las múltiples experiencias que los seres humanos vivencian en su proceso de vivir, ser saludable, enfermar, recuperarse y morir, en las diferentes culturas humanas. Este saber le da identidad y autonomía a la Enfermería como disciplina, y nos permite indagar en el significado que la enfermera otorga a la educación para la salud.

Virginia Henderson, citada por Zabalegui (2003), señala que la enfermera debe conocer qué es lo que el enfermo necesita. Debemos colaborar con nuestros pacientes en la identificación de sus necesidades (físicas, mentales, emocionales, socioculturales y espirituales) y en el desarrollo de soluciones. La enfermería, desde su comienzo, ha reconocido la importancia de la intervención familiar en el cuidado del paciente para promover la salud. Esta necesidad de intervención debe expandirse a otros grupos, comunidades, organizaciones, etc. Para alcanzar el equilibrio entre la persona y el entorno, debemos reconocer la importancia de los sistemas de apoyo social y los aspectos holísticos del cuidado físico, social, económico, político, espiritual y cultural.

Chocarro, Guerrero, Venturini y Salvadores (2004), en su estudio Análisis de la identidad profesional a través de la competencia educadora de la enfermería señalan que el desempeño educativo se ve influenciado por diversos factores, puesto que el medio social hospitalario no ayuda a la puesta en práctica de la educación para la salud; como la jornada laboral y la falta de tiempo, debido a que condiciona la realización de esta, es decir, la disponibilidad de tiempo limita la labor educativa; la presión asistencial, entendida como la exigencia del equipo de salud y usuarios para la realización de procedimientos; bajo reconocimiento de los usuarios internos y externos; multiplicidad de funciones; bajo nivel socioeconómico y cultural de los pacientes, que dificulta, en algunas ocasiones, la comprensión por parte de la población atendida respecto de la importancia que tiene en el proceso patológico cambiar de hábitos no saludables y la falta de formación en educación, pues se necesita saber anticipadamente como llevar a cabo una correcta educación para la salud. Con respecto a esto último el artículo señala que las enfermeras reciben una formación de pregrado centrada en el desarrollo de técnicas, situaciones patológicas y urgencias, insistiendo poco en el desarrollo de otras competencias.

Leonello y Oliveira (2008), en su estudio Competencias para la acción educativa de la enfermera lograron sintetizar la función educativa en diez competencias profesionales que son: promover la integralidad del cuidado a la salud; articular teoría y práctica y ejercitar la praxis en el cuidado a la salud; promover la acogida y construir vínculos con los sujetos asistidos; reconocerse y actuar como agente de transformación de la realidad de la salud; respetar la autonomía de los sujetos en relación a los modos de vivir; reconocer el saber del sentido común, reconociendo que el saber profesional es incompleto; utilizar el diálogo como estrategia para la transformación de la realidad de la salud; operacionalizar técnicas pedagógicas que viabilicen el diálogo con los sujetos asistidos; instrumentar los sujetos con información adecuada, y finalmente, valorizar y ejercitar la intersectorialidad en el cuidado de salud.

En Chile, la implementación gradual y sostenida de la Reforma en Salud pone de manifiesto la necesidad de adoptar nuevos enfoques y estrategias acerca del aporte de las personas y los grupos a los resultados globales que busca el sistema público de salud. Se requiere instaurar una

cultura de trabajo en red, una más fluida coordinación inter y multidisciplinaria destinada a dar cumplimiento al sistema de garantías y al nuevo modelo de atención en marcha, se requiere fortalecer los liderazgos motivadores, democráticos y humanizadores que inspiren las mejores actitudes y pongan en marcha lo mejor de los funcionarios en beneficio de nuestros usuarios, necesitamos hacer un uso intensivo del trabajo en equipo en todos los niveles de la red. Todos estos cambios requieren de la introducción en la red pública de salud de estrategias, proyectos y metodologías que, de común acuerdo con los gestores locales, puedan ser implementadas gradual y sostenidamente en torno a sus principales preocupaciones, necesidades y demandas. La Educación para la Salud es una respuesta a muchas de estas necesidades por su énfasis en el desarrollo de equipos y en la obtención de resultados concretos en el ámbito clínico asistencial, en la red y en las áreas de gestión administrativa (Ministerio de Salud de Chile [MINSAL], 2006).

El actual modelo de salud demanda dentro de sus compromisos de gestión, educar a los usuarios que pertenecen al sistema sanitario, para contribuir a la disminución de las desigualdades en salud y prestar servicios acorde a las expectativas de la población, favoreciendo y promocionando el autocuidado.

La educación para la salud, aunque suele ser presentada como una dimensión fundamental de la Promoción de la Salud y como un componente esencial de la Atención Primaria en Salud (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 1978), ha tenido poco desarrollo en las políticas de salud, y de manera particular en los Programas de Promoción de la Salud (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2006). Por lo general se basa en modelos educativos tradicionales, de corte informativo, conductista o persuasivo comunicacional con resultados limitados (Serrano, 1990), poco comprendidos y muchas veces insatisfactorios para los participantes (Escobar, Peñaranda, Bastidas, Torres y Arango, 2006).

Peñaranda, Bastidas, Escobar, Torres y Arango (2006) encontraron que intentos por introducir modificaciones a las practicas educativas en salud se tornan difíciles debido a la resignificación de las propuestas alternativas de educación mediada por las concepciones hegemónicas, con lo cual se mantiene el estado de cosas y se neutraliza el poder de cambio de las nuevas propuestas.

La situación antes descrita la interpreto, como una educación que promueve la imposición de contenidos y significados de manera unilateral por parte de los profesionales de la salud, y en la adopción de posiciones poco dialógicas y poco democráticas, contrarias a los ideales de la promoción de la salud en su intención de suscitar el empoderamiento de las personas y las comunidades para que intervengan más productivamente en la construcción de mejores condiciones de salud y bienestar individual y colectivo (Arango, 2000). En consecuencia, los

actores (educando y educador) perciben la educación de manera paradójica, pues a la vez que valoran sus logros, manifiestan sentir frustración cuando la perciben limitada para responder a sus intereses y necesidades, o cuando no logra cambios de conducta esperados (Peñaranda, Giraldo y Blandón, 2006).

Morrel, Spiby, Stewart, Walters & Morgan (2000), reportan que no hay evidencias para establecer una relación costo-efectividad en los programas de educación para la salud, con lo cual se cuestiona el valor de la educación en los programas de salud, y se pone en peligro la asignación de recursos y el apoyo que necesita el profesional enfermera para llevar a cabo la educación para la salud en su ejercicio profesional.

Las causas de la situación descrita se pueden dividir en externas (contextuales), e internas (referidas a la conceptualización sobre la educación para la salud). Las externas están dominadas por el conservadurismo tanto del modelo biomédico como del modelo educativo tradicional. En cuanto a las causas internas, se ha identificado la escasa comprensión que tiene los profesionales de la salud de las fuerzas contextuales antes descritas. Por otro lado, se identifica una debilidad teórica y epistemológica de los mismos profesionales sobre la educación, por lo cual Whitehead (2001) plantea que la educación para la salud es una “praxis poco comprendida”.

En este escenario, la educación se ha transformado en una meta clave para las organizaciones y establecimientos hospitalarios. Esto genera mi reflexión sobre la forma en que se desarrolla el proceso educativo en los distintos niveles de atención, siendo las ideas centrales: la educación en salud es un estándar central en la atención de salud de cualquier organización prestadora de servicios, la educación es un proceso que genera un resultado que es de valor para el usuario, la educación puede considerarse como ventaja competitiva de la organización. Por lo tanto la importancia de la educación radica en fortalecer conductas que apoyen y complementen la prevención, recuperación y rehabilitación de las personas (Hernández y Robles, 2007).

A partir de esta realidad vislumbro, que la educación para la salud es parte importante en nuestro ejercicio profesional, y no sólo es una competencia que debo fortalecer, sino una actitud que debo incrementar para sustentar con bases sólidas mi quehacer profesional.

Interesada en este tema, busqué en la literatura estudios que tuviesen relación con esta investigación, y constaté que los estudios existentes realizados no se refieren a la enfermera asistencial hospitalaria y al significado que le otorgan a la educación para la salud en su ejercicio profesional, pero sí a la identidad profesional a través de la competencia educadora a nivel comunitario. En este sentido este estudio se justifica, en la medida que indago la realidad de la vivencia de la enfermera asistencial en los procesos educativos y al comprender el significado que

le otorgan, puedo obtener los fundamentos para fomentar la educación para la salud en la atención cerrada y la responsabilidad de enfermería en ello.

Esta situación, me llevó a la necesidad de preguntarme y profundizar en el significado que le otorgan las enfermeras asistenciales hospitalarias al concepto educación para la salud, y de que forma lo vivencian diariamente como parte de su rol.

Para continuar con la presentación de esta investigación, me es imprescindible dar a conocer de qué manera surge la interrogante que da inicio al desarrollo del estudio.

2. La interrogante

La Unidad de Mediana Complejidad Médica del Hospital Carlos Van Buren corresponde a una unidad de atención cerrada que está en funcionamiento desde abril del año 2007, como respuesta a la directriz emanada por el Ministerio de Salud, de la “implementación de camas indiferenciadas en la atención cerrada” (MINSAL, 2006, p.15). Actualmente atiende a todos los usuarios mayores a 15 años, independiente del género y previsión de salud, con patologías de tratamiento médico, pertenecientes al Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio.

Durante mi experiencia en la docencia clínica con estudiantes de segundo, tercer y quinto año de la Escuela de Enfermería, en el Hospital Carlos Van Buren del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, me familiaricé con el ejercicio profesional de la Unidad de Mediana Complejidad Médica.

En estas prácticas clínicas vivencié que las enfermeras tienen integrado el rol asistencial por encima del rol educativo, ya que valoran más la actividad asistencial que cualquier otro tipo de actividad, lo cual se fue reflejando en el escaso tiempo que le asignaban a la educación, más bien se transformaba en una acción de entrega de instrucciones, al momento del alta del paciente. A su vez, fui observando que aparentemente dicha carencia no era percibida por el profesional enfermera(o), pues el hecho era velado por las actividades educativas que realizaban los estudiantes de Enfermería, tanto de segundo, tercer y quinto nivel.

De esa forma y percibiendo la inexistencia de un programa de educación para la salud institucional permanente, internalicé la importancia de descubrir el por qué las enfermeras asistenciales actuaban de esa forma ante la educación para la salud en el sistema hospitalario.

Mi inquietud de realizar un estudio acerca del significado que le otorgan las enfermeras a la educación para la salud, surge como una necesidad de profundizar en el significado que tiene para ellas este proceso y como lo vivencian en su ejercicio profesional.

Por tanto surge allí, la idea de estudiar el significado que las enfermeras hospitalarias otorgan a la educación para la salud y su vivencia en el ejercicio profesional diario a través de la recolección de sus testimonios directos, hecho que creo irá aportando a la disciplina de enfermería datos importantes que contribuirán a identificar ayuda y apoyo concreto que requieran estas personas, para fomentar y/o fortalecer el autocuidado en salud.

Muchas veces, me he preguntado: ¿Cual es el significado que le dan las enfermeras clínicas a la educación para la salud?, ¿Cómo lo vivencian diariamente en su ejercicio profesional?, ¿Contarán las enfermeras con los recursos necesarios para educar?, ¿Considerarán las enfermeras asistenciales, la educación como una fortaleza para el autocuidado?, ¿Reflexionarán las enfermeras acerca de la participación de la familia en la educación para la salud? Estas y muchas otras interrogantes fueron surgiendo en mi mente y presumo que con esta investigación se irá develando el fenómeno.

Estimo que la disciplina de enfermería como profesión, se enriquecerá con la investigación, ya que irá entregando importante información para programar y concretar una educación para la salud que aborde aspectos de las esferas biológica, psicológica, social y espiritual de personas con afecciones crónicas, a fin de satisfacer el máximo nivel posible de sus necesidades, al optimizar la calidad de la educación proporcionada.

Con la finalidad de conocer, profundizar y comprender el significado que le otorga el profesional enfermera asistencial a la educación para la salud, me planteé la siguiente interrogante en este estudio:

“¿Que significado le otorga el profesional enfermera a la educación para la salud? y ¿Cómo lo vivencia en su ejercicio profesional?”

A través de los propios discursos de las enfermeras pertenecientes a la Unidad de Mediana Complejidad Médica de un hospital tipo 1, pretendo observar la manifestación del fenómeno.

3. Objetivo del Estudio

De esta manera, desarrollo esta investigación con el objetivo de *conocer el significado que le otorgan las enfermeras a la educación para la salud, y cómo logran vivenciarlo en su ejercicio profesional*, buscando develar el fenómeno: ser enfermera asistencial, otorgando un significado a la educación para la salud en el ejercicio profesional.

CAPÍTULO II

Revisión de la literatura

CAPÍTULO II

Revisión de la literatura

1. *Conceptualizando el término educación*

Es arriesgado proponer la formulación de un concepto. Por eso hablaré de aproximaciones y consensos a cerca de la significación de los términos empleados. Sin embargo no puedo prescindir de ellos, porque la función de un concepto va más allá del sentido que comporta; ayuda a organizar la realidad de tal forma que permite acuerdos para seguir investigando en relación a los fenómenos que nos preocupan. Además es el modo de cómo abordarlo sin llegar a agotar el sentido del hecho que refieren. Al fin y al cabo “el concepto es una abstracción, no es el propio fenómeno, y toma su significado del contexto de donde se extrae. Puede cambiar de sentido, según la forma en que es considerado...” (López, 2002, p. 129). Esta es una de las razones por las que planteo la necesidad de presentar nociones generales sin caer en la globalización carente de significado, aproximaciones más o menos consensuadas aunque no dejen por ello de recoger matices que puedan caracterizar de forma propia tales conceptos.

Es tal la conveniencia de clarificar el significado de los referentes utilizados, que algunos autores califican de imperiosa la necesidad de definirlos para que puedan jugar su papel de agente de comunicación y contribuyan a organizar, guiar, designar, prever la realidad que representan (López, 2002).

En lo que tiene que ver con educación esta idea se ve fortalecida por la misma naturaleza del hecho educativo, ya que el hombre es el que conoce y el propio hombre es el objeto de ese conocer. Además la educación en efecto es un hecho real con independencia de la reflexión científica del hombre; pero al mismo tiempo es capaz de pensar sobre lo educativo y crear con ello el objeto de su conocer teórico (Bernabeu, 2002).

Al definir el término educación, el Diccionario de Ciencias de la Educación de Rioduero, mencionado por Montero (2005), fundamenta un carácter histórico acerca del mismo y advierte en el sentido que venimos argumentando que, si se pretenden resumir las diferentes y variadas formas de presentar la educación en un solo concepto, éste tiene que ser necesariamente más amplio y formal, casi vacío de contenido.

El profesor Esteve llega un poco más allá en su justificación y asegura que es importante el establecimiento de una red nomológica o entramado de criterios o normas lógicas que rigen los

usos de los términos incluidos en dicho lenguaje teórico, distinguiéndolos. Puesto que considera un elemento de primer orden el estudio fenomenológico de la realidad que pretendemos designar, “las clarificaciones conceptuales no pueden dilucidarse solo en el terreno semántico elaborando formas lingüísticas más o menos precisas para definir unos significados” (Esteve, 1999, pp. 11).

Con estas razones de fondo, y otorgando una coherencia y consistencia a esta revisión de la literatura, he realizado una búsqueda de enunciados que vienen a describir los diferentes significados que puede contener el vocablo educación.

Etimológicamente, el término “educar” tiene un significado ambivalente, pues puede proceder de los términos latinos “educare” y “educere”. El primero significa “criar, cuidar, alimentar, formar, construir, instruir...”. El segundo, “sacar o extraer, avanzar, elevar, desarrollar...”. En griego, el término “paideia” designa a la educación y se traduce como “nutrición”. De ello puede deducirse que, el sentido se refiere tanto a la contribución de la perfección, mejora, ayuda del educando, como la importancia de considerar al sujeto desde una perspectiva activa desde la que sea posible extraer, potenciar, valorar sus propias capacidades (Montero, 2005).

Aproximándome a la construcción del concepto de educación, Colom y Nuñez (2005) hablan de la educación como un hecho, como proceso, como resultado, como relación y como tecnología. Ellos resumen en ocho las características de la educación: capacidad subjetiva, carácter conductivo, vía de perfeccionamiento, función receptiva y activa, orientación a patrones o valores, intencionalidad, continuidad y progresión. A su vez otros especialistas hablan de notas que caracterizan la acción educativa, como su carácter eminentemente activo, comunicativo, intencional, con posibilidad de elección, que requiere del aprendizaje y de una perspectiva pragmática (que ayude a vivir), orientada al mundo de los valores y a moralizar, con carácter crítico, integral e innovador.

Es así, como voy visualizando, lo que tienen en común las diversas acepciones y reflexiones acerca del término, es la asunción de que se trata de un concepto polisémico y lo importante que es definir significados como considerar las imágenes mentales desde las que se llevan a cabo esos planteamientos.

Desde esta perspectiva, voy sustentando un pensamiento que me permita entender y valorar, tanto los significados, procesos y aspectos que integran la educación como la especificidad de las relaciones.

2. *Empoderándome del concepto autocuidado en salud*

Ahora bien, una vez que he reflexionado acerca del concepto “educación”, invito a ir descubriendo como este se relaciona con nuestro quehacer profesional en salud. Para lo cual es necesario recordar el concepto de autocuidado, haciendo un corolario acerca de lo que entendemos por autocuidado en salud y cómo este concepto logra plasmarse en nuestra profesión, llegando a constituir una de nuestras grandes teorías de enfermería.

A lo largo de la historia, la enfermería ha enseñado a las personas a cuidarse a sí mismas, modelo que hoy denominamos enfermería para el autocuidado. Conviene recordar que el autocuidado tiene una fuerte influencia del trabajo realizado por Dorothea Orem, quien justifica la participación profesional de enfermería en situaciones en que la persona no puede cuidar su salud por sí misma, o no está motivada para hacerlo. Para la autora, el autocuidado es una función regulatoria que los individuos llevan a cabo deliberadamente para cubrir requerimientos vitales, mantener su desarrollo y funcionar integralmente (Taylor, 2003).

Welch (2003) señala que el modelo transcultural de Leininger, se centra en cómo las visiones, el conocimiento y las experiencias de una cultura influyen en la planificación e implementación del cuidado de enfermería. Plantean que si las expresiones culturales no son reconocidas y comprendidas, los cuidados de enfermería pueden ser menos efectivos y tener consecuencias desfavorables. El modelo recalca que el único camino para que la enfermera pueda motivar al usuario para asumir su autocuidado es aprendiendo acerca de sus formas culturales (construcciones naturales o familiares acerca de las conductas propias de una cultura en particular) y planificando estrategias a partir de ellas. En el análisis de la mayoría de los trabajos de enfermeras que han aportado al desarrollo del conocimiento teórico de la enfermería es posible identificar explícita o implícitamente el valor asignado al autocuidado en toda intervención profesional.

Existe a su vez, distintas disciplinas que han aportado, con sus modelos, a la conceptualización del autocuidado.

Según Gantz, citado por OPS/OMS (2006) la psicología es una disciplina que aporta conceptualizaciones sobre el autocuidado. Lo hace indirectamente a través del estudio de procesos psicológicos relacionados con el autocuidado tales como el concepto de sí mismo, la autoeficacia, el locus de control y, también, de manera más directa, a través del estudio de cómo las personas se mantienen sanas, por qué se enferman y cómo responden cuando esto sucede. Es así como los

psicólogos interesados en el área de la salud han demostrado gran interés por desarrollar modelos teóricos que expliquen y ayuden a predecir los comportamientos que las personas tienen con relación a su salud.

En la década del 80 se incorporó el concepto de autoeficacia como otro elemento del Modelo. La autoeficacia, definida por Bandura, es la convicción que el sujeto tiene acerca de su capacidad para realizar exitosamente una acción determinada para lograr ciertos resultados (Janz, Champion & Skinner, 2008). Una persona que está convencida que puede cambiar una conducta específica tiene mayores probabilidades de hacerlo que aquella que duda de su capacidad.

El locus de control es otro concepto relacionado con el modelo en referencia y se refiere a la percepción que la persona tiene de su capacidad y habilidad para dirigir y controlar su propia vida. La OPS/OMS (2006) en su análisis del fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la atención primaria en salud, señala que el locus de control varía en un continuo, desde la percepción de un control interno hasta la percepción de ser controlado por fuerzas externas. Es así como hay personas que creen que sus decisiones y conductas influyen de manera importante en el curso de sus vidas; y otras, que se sienten controladas por otros y perciben que las decisiones que ellos pudieran tomar no influyen de manera importante en su futuro.

Finalmente la educación para la salud aporta el modelo PRECEDE: “Factores que predisponen, refuerzan y facilitan la conducta saludable en el contexto de un diagnóstico y evaluación educacional”, propuesto por Blank (2006). Este modelo permite planificar intervenciones educativas en salud, considerando una variedad de factores que influyen en las conductas de las personas, de tal forma que las estrategias que se utilicen apunten a dichos factores. Si bien es un modelo educativo poblacional, aporta a la comprensión de la conducta individual y de las variables que están influyendo en ella. Desde esta perspectiva, es un recurso que sirve para analizar las conductas desfavorables para la salud, identificar los factores personales y del ambiente que las predisponen, facilitan y refuerzan, para, a partir de allí, planificar intervenciones educativas, organizacionales y de políticas de salud.

Desde esta perspectiva, voy empoderándome del concepto de autocuidado en salud, visualizando que, a lo largo de la historia han surgido distintos modelos que me permiten tener un pensamiento globalizador a cerca del tema en estudio, sin llegar a identificarme con ninguno de ellos en ésta búsqueda del significado que las enfermeras otorgan a la educación para la salud.

3. Incorporando el concepto autocuidado en la educación para la salud

Para continuar en la revisión de la literatura, me es imprescindible ir comprendiendo de donde nace el concepto educación para la salud, para lo cual no puedo seguir sin antes visualizar como el término autocuidado se ha ido operacionalizando en nuestro sistema de salud.

El concepto de autocuidado en salud toma oficialmente un lugar preponderante en los servicios de salud. Emerge como uno de los recursos críticos para dar respuesta a las demandas de extensión de cobertura de servicios de salud y a la contención de los costos implicados en dichos servicios. Se postula en forma explícita que en la sociedad post-industrial el individuo, la familia y los grupos comunitarios tienen el derecho a la salud, pero a la vez son los responsables en última instancia de buscar y utilizar los medios para prevenir enfermedades, alcanzar y mantener un nivel óptimo de salud y bienestar integral. Para que estos postulados se hagan realidad, deben converger políticas, recursos y voluntades de ciudadanos y gobiernos (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud [OPS/OMS], 2003).

La implementación de un modelo de autocuidado en el sistema de salud exige que tanto los consultantes como el personal de salud realicen actividades de atención en salud en forma conjunta. El autocuidado requiere que asuma mayor responsabilidad en el cuidado de la salud; para personas que no son del área de la salud, reconocer que una conducta (por ejemplo, fumar) es directamente responsable de la enfermedad (cuadro pulmonar crónico) puede llevarlas a reorientar el rol que asumen en la mantención de su salud. Para fortalecer el autocuidado, debo impulsar estrategias de educación a consultantes y aceptar que las personas que buscan el autocuidado pueden cuestionar las instrucciones y guía suministradas. Para algunos miembros del equipo de salud, el contar con consultantes que critiquen sus recomendaciones será una experiencia nueva.

Las instituciones de salud tendrían que efectuar cambios organizacionales y estructurales en función de un nuevo modelo de atención que considere también como resultado último la consecución de la salud positiva de los individuos y de los grupos sociales. Al respecto se han trabajado algunas propuestas que responden principalmente a las necesidades de pacientes con enfermedades crónico degenerativas; sin embargo, las conceptualizaciones desarrolladas son también útiles para otras circunstancias.

A sí mismo, valoro lo importante que es la contribución de los diferentes proveedores de cuidados de la salud en el logro de los cambios que favorezcan la participación de los usuarios en los servicios de salud. Las actitudes y prácticas del equipo de salud son las que abren estos espacios para la comunidad en la atención de salud. En este sentido, Aguirre-Huacuja (2004), señala que es necesario delimitar y articular el desempeño de cada uno de los integrantes del equipo de salud en acciones concertadas con el fin de permitir lo anteriormente mencionado.

La forma tradicional utilizada por los profesionales de la salud para aproximarse a fortalecer el autocuidado de las personas ha sido la educación. Bajo este término encuentro diversas formas de comunicación, que van desde la entrega de información escrita (folletos, trípticos, entre otros) o verbal (charlas y conferencias, entre otras) hasta la aplicación de metodologías participativas que involucran a la persona en la construcción de sus aprendizajes. Cabe señalar que las actividades educativas sistemáticas en las instituciones de salud en América Latina son escasas y han contado con pocos recursos por parte de las organizaciones que funcionan bajo modelos de prestación de servicios tradicionales.

Recapitulando señalo, que la Educación para la Salud es un concepto antiguo, aunque ha variado sustancialmente en cuanto a su enfoque ideológico y metodológico como consecuencia de los cambios paradigmáticos en relación a la salud, desde un concepto de salud como no enfermedad, hacia otro mas global, que considera la salud como la globalidad dinámica de bienestar físico, psíquico y social (Asociación de Enfermería, Educación y Salud [ADEES], 2006).

El paso del concepto negativo de la salud a una visión positiva, ha conducido a un movimiento ideológico, según el cual las acciones deben ir dirigidas a fomentar estilos de vida sanos. Paralelamente, se ha producido un cambio terminológico: de la tradicional denominación de Educación Sanitaria a la actual Educación para la Salud. Así pues, la educación para la salud, que tiene como objeto mejorar la salud de las personas, puede considerarse desde dos perspectivas:

1. Preventiva: capacitando a las personas para evitar los problemas de salud mediante el propio control de las situaciones de riesgo, o bien, evitando sus posibles consecuencias.
2. Promoción de la salud: capacitando a la población para que pueda adoptar formas de vida saludable. Por lo tanto, la educación para la salud es propuesta como un proceso de formación, de responsabilidad del individuo con el fin que adquiera los conocimientos y los hábitos básicos para mantener su salud. Es así como la educación empodera a las personas, ayudándolas a tomar decisiones que permitan fomentar su autocuidado. La educación permite mantener a la población sana, conteniendo y/o disminuyendo los costos en salud (Cosíalls, 2000).

4. En búsqueda de nuestro rol educador en el ejercicio profesional

La educación para la salud, ha constituido parte de mi rol educador en el ejercicio profesional, desde sus inicios, y ha evolucionado junto con ella, gracias a los aportes del conocimiento científico.

Se fundamenta en la filosofía de que como ser humano, tengo el potencial para pensar, aprender, crear, discernir, y tomar decisiones en todo aquello que me afecta.

Hermosilla (2007), describe educación para la salud como un proceso activo de aprendizaje, donde las acciones están dirigidas a facilitar que los individuos, obtengan control sobre los determinantes, el comportamiento y las condiciones que afectan su estado de salud, y el de las demás personas.

Entiendo que siendo la promoción de la salud, la acción destacada como fundamental, en la batalla para lograr el equilibrio de las personas, y que se desarrolla con variadas intervenciones como las económicas, ambientales y organizacionales, se combinan todas ellas con medidas educativas, para lograr efectividad.

Esto cuenta también a la hora, de hacer promoción y prevención secundaria y terciaria. Mi opción como profesional enfermera, por realizar educación para la salud, en cualquier nivel de atención de salud debe centrarse en cinco principios básicos:

- La educación para la salud alcanzará a toda la población, en el contexto de su estilo de vida diario.
- Estará dirigida a intervenir directamente en los determinantes de la conducta en salud. Hay evidencia aportada por una serie de investigaciones, sobre los problemas físicos que tienen factores psicológicos como determinantes.
- Combina métodos y enfoques diversos y complementarios (comunicación, pedagogía, legislación, organización y desarrollo comunitario, entre otros).
- Está particularmente dirigida a conseguir una participación efectiva y concreta de la población.
- Los profesionales de la salud tienen un rol importante en el logro de las metas de educación para la salud (Hermosilla, 2007, p 1).

Las diferencias conceptuales en el marco de la educación, reflejan de alguna manera los diversos intereses de los grupos que las proponen, pero también señalan una mirada particular a lo cultural, político y socioeconómico.

En nuestro país existe un Programa de Evaluación de la Calidad de Atención Hospitalaria [PECAH] que prioriza la evaluación de las instituciones de salud, incorporando paulatinamente estándares, dentro de los cuales la educación aun debe incorporarse (Ministerio de Salud de Chile [MINSAL], 2006, [PECAH]). A nivel internacional, existen organizaciones acreditadas en salud como la Joint Comisión on Accreditation of Healthcare Organization [JCAHO] que incluye la educación dentro de sus 11 estándares de evaluación de la calidad. En este contexto, la JCAHO (1997), exige como estándares mínimos de cumplimiento que:

- La educación debe apoyar la participación del paciente y de su familia en las decisiones y el proceso de la atención sanitaria.
- La educación debe incluir los siguientes temas, según convengan a la atención del paciente: uso seguro de medicamentos, uso seguro de equipamiento médico, las posibles interacciones entre medicamentos y alimentos, guía nutricional y técnicas de rehabilitación.
- Los métodos educativos deben tener en cuenta las preferencias y los valores del paciente y la familia, y permitir la interacción suficiente entre el paciente, familia y personal para facilitar el aprendizaje.

Para procurar el cumplimiento de estos estándares en educación, la organización debe realizar “gestión en educación”; esto es, crear o estimular el desarrollo de una política de educación general que centralice, regule y facilite la educación del usuario / familia (Marriner, 2009).

Reflexiono considerar, que sí la organización plantea que la educación es un estándar de calidad, debe entregar herramientas y recursos necesarios a los profesionales de la salud para su cumplimiento. Y por ende, debe contar con profesionales competentes en el tema de educación, con instrucción formal. Los profesionales de salud deben tener competencias en educación y/o adquirirlas, deben conocer los modelos educativos existentes, como el modelo de creencias en salud, deben tener habilidades especialmente en pesquisa de necesidades educativas, elaboración de programas y materiales educativos. Deben buscar instancias educativas y conocer el proceso educativo (diagnóstico de necesidad educativa, planificación de la entrega de contenidos y evaluación). Además, la institución debe asegurar la medición del cumplimiento de los estándares de educación, con indicadores claros y efectivos para implementar las mejoras necesarias (Marriner, 2009).

El actual modelo de salud demanda dentro de sus compromisos de gestión, educar a los usuarios que pertenecen al sistema sanitario, para así contribuir a la disminución de desigualdades en salud y prestar servicios acordes a las expectativas de la población, favoreciendo y promocionando el autocuidado (Ministerio de Salud de Chile [MINSAL], 2009).

Por otra parte, dentro de mis competencias específicas como profesional enfermero, se encuentra la función educadora. Esto implica aportar conocimientos hacia los usuarios y evaluar la forma como ellos la receptionan. La educación más eficaz consiste en ayudar a las personas a tomar decisiones con seguridad y ampliar su campo de opciones. El ser “capaz de responsabilizarse de la salud” significa ser autónomo en la vida diaria, hecho que le permite a la gente adquirir más seguridad (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. [UNESCO], 2009).

En el contexto de la reforma de salud en desarrollo en Chile, la educación se ha transformado en una meta clave para las organizaciones y establecimientos hospitalarios. Esto genera mi reflexión sobre la forma en que se desarrolla el proceso educativo en los distintos niveles de atención, siendo las ideas centrales: la educación en salud es un estándar central de cualquier organización prestadora de servicios, la educación es un proceso que genera un resultado que es de valor para el usuario, la educación puede considerarse como ventaja competitiva de una organización. Por lo tanto, la importancia de la educación radica en fortalecer conductas que apoyen y complementen la prevención recuperación y rehabilitación de las personas (Hernández y Robles, 2007).

Por otra parte, desde diciembre de 1997 hablo con propiedad de la gestión del cuidado, definido en el artículo 113 del Código Sanitario (Chile, 1998, p. 26), el cual da cuenta de los actos profesionales de la enfermera/enfermero. Es así como hoy en día cuento con una legislación que reconoce la función de profesional enfermera, la ampara y protege en la ley, así garantiza la fe pública de la ciudadanía. A su vez la actual reforma de la salud, en la Norma General administrativa N° 19, asigna a la gestión del cuidado, una importancia crucial y reconoce a la enfermera como su responsable (Ministerio de Salud de Chile [MINSAL], 2007).

Ahora bien, siguiendo con el hilo conductor de la revisión de la literatura, me aventuro a decir que al instaurar un nuevo sistema de trabajo relacionado con la reforma de salud, debo estar conciente que emergerán modificaciones, y por consiguiente me pregunto: ¿Las enfermeras se cuestionarán acerca del significado que representa la educación para la salud en su ejercicio profesional?

Un estudio realizado en Colombia por Rozo de Arévalo, C (2002) respecto de los fundamentos pedagógicos que sustentan el proceso de educación en salud señala, que en salud es de vital importancia conocer la estructura cognitiva, no tratar de saber la cantidad de información en salud que se posee, sino cuales son los conceptos y proposiciones que maneja.

De esta manera puedo orientar mi acción educativa, visualizar que las personas poseen una serie de experiencias y conocimientos que afectarán el significado que le otorguen a la educación para la salud.

Ante discusiones y planteamientos que se tiene a nivel internacional y gubernamental, relacionados con la importancia de la educación frente a la población, y más aún con el rol que debe ejercer el profesional enfermero en nuestro país, reflexiono acerca de la postura de las universidades nacionales frente a este fenómeno, así como cual es la importancia que le asignan dentro de alguna cátedra del pregrado.

Alveal, M., Jara, P., Polanco, O. (2005), realizaron un estudio referente a la percepción del rol profesional de los estudiantes de enfermería de la Universidad de Concepción, en donde se reflejó que la mayoría percibe a la enfermera como coordinadora del trabajo en equipo y solo un 18 % como dadora de cuidados. Además se menciona que la percepción del rol profesional la obtienen los estudiantes principalmente de las prácticas clínicas más que por el trabajo en el aula. Por lo anterior, se infiere que existe una opinión poco cercana a la función educativa dentro del ejercicio profesional por parte del estudiante. Es decir, la formación de pregrado influiría en el trabajo educativo del profesional enfermero.

No se encontraron estudios referidos a enfermeras que realizan educación para la salud en centros hospitalarios.

Por lo expuesto anteriormente, considero fundamental meditar acerca de la formación de pregrado, y cómo influirá en el futuro desempeño del ejercicio profesional, respecto de la educación que entregue a los usuarios y familia.

CAPÍTULO III

Trayectoria metodológica

CAPITULO III

Optando por el referente filosófico

La trayectoria vivida y la naturaleza de mis inquietudes, me llevó a interrogar y buscar el entendimiento de este fenómeno a través de un enfoque cualitativo con una trayectoria fenomenológica. La fenomenología busca redefinir el proceso global del conocimiento y de los modos de relación efectiva entre sujeto y objeto que allí tienen lugar para que puedan advertirse los contenidos fenomenológicos, y tiene como objetivo describir la estructura total de la experiencia vivida, incluyendo el significado que estas experiencias tienen para los individuos que de ellas participan, preocupándose de la comprensión y no de la explicación (Echeverría, 1997).

La opción de develarlo a través de una mirada existencial se me presenta con la fenomenología de Martín Heidegger, que busca el significado del fenómeno en la existencia, en la facticidad a partir del *ser-ahí*; se preocupa con el cuestionamiento del ser (Dreyfus, 2003).

Encuentro en el pensamiento de este filósofo el hilo conductor de mi análisis, ya que Martín Heidegger no separa la razón de la emoción y tampoco sujeto del objeto. El cuestiona el modo de ser en la existencia, esclareciendo que este ser involucra la totalidad que le es posible aprehender en su ser, como base en la mundaneidad. La fenomenología para Heidegger es ir a las cosas mismas buscando el cómo, cómo-se-muestra como experiencia a partir de la existencia (Heidegger, 2007).

El término fenomenología viene de las palabras griegas "fainomenon", que deriva del verbo "fainestai" quiere decir "mostrarse a sí mismo", y "logos" que es tomado como discurso esclarecedor (León, 2009). La base del estudio fenomenológico es develar las vivencias de personas con el fin de comprenderlas.

La fenomenología entrega una manifestación de la realidad que no es cuestionada una vez que es vislumbrada. La realidad es comprendida, interpretada y comunicada desde una perspectiva, no habiendo una única realidad sino muchas más, con sus correspondientes interpretaciones y comunicaciones. La tarea efectiva de la fenomenología consiste, en analizar las vivencias intencionales de la conciencia, para percibir cómo se produce en ellos el sentido de los fenómenos, el sentido de ese fenómeno global que llamamos mundo (Dartigues, A. 1992).

La perspectiva fenomenológica de Martin Heidegger, "concibe al ser humano como un SER existente en el mundo (*Dasein: ser ahí*)" (Dreyfus, 2003, p. 14). Existir es estar en el mundo, es

tener un mundo. "La existencia no está asegurada para el ser, éste tiene que hacerse cargo de ella, ya que si no lo hace compromete su propio ser" (Echeverría, 1997, p. 213). Desde esta concepción, la educación para la salud se abre al ser humano en su mundo propio, tal como lo experimenta, inacabado, la concibe llegando a ser. Considera los significados que atribuye a sus vivencias, comprende sus modos de vivir y establece una relación de acompañamiento y estímulo de aquello que la persona va necesitando para continuar siendo. En algunos será información, en otros presencia, en otros será estímulo para lograr desarrollar una acción de auto cuidado perdida o no aprendida.

"El mundo del ser humano es un mundo socialmente poblado, existimos socialmente y socialmente conocemos, en un conjunto de relaciones, prácticas y compromisos adquiridos en una cultura" (Echeverría, 1997, p. 218). Comprender implica identificar las redes de significados culturales atribuidos a la salud, los tratamientos, los diagnósticos, etc., pues estos determinan acciones. Una educación para la salud tendría que considerar también la presencia, dinámicas e influencias de las redes sociales de apoyo percibidas por el usuario y la valoración que hace de ellas: como son la familia, los pares, los compañeros de trabajo.

Desde esta concepción, "el ser humano es auto interpretativo, es decir, se comprende siempre a sí mismo como existente, como posibilidad de ser él mismo o de no ser él mismo. Es libre de elegir, rechazar o escoger posibilidades de responder" (Echeverría, 1997, p. 220). Comprender la naturaleza libre del ser humano para escoger, me desafía a respetar los significados que las enfermeras otorgan a la educación para la salud.

"El estado de ánimo del ser humano que está en el mundo es el de la preocupación (de la inquietud), en relación a su propio ser y sus formas de inserción en su mundo" (Heidegger, 2007, p. 36).

El ser humano puede llevar a cabo lo que hace de diferentes maneras y todas están caracterizadas por estar involucrado, comprometido, interesado, inquieto, preocupado. Los seres humanos están comprometidos con las cosas que tienen significado y las valora porque reconoce potencialidades para ellos. El ser humano se comporta hacia las cosas en su mundo, no solo reacciona a ellas, sino que responde de acuerdo a la percepción de sí mismo y de lo que interactúa con él. Tiene estados de ánimo que afectan su respuesta. Trata de comprenderse a sí mismo y comprender su mundo (Echeverría, 1997, p. 223).

La forma auténtica del ser es cuando existe sin tener conciencia de la propia existencia, porque es conocida para él. Una vez que este ser enferma se revela la angustia, porque está en un "mundo desconocido".

Educación en salud es percibir intencionalmente ese mundo privado dinámico, que se me devela en la medida que se profundiza en la relación de auto cuidado. Esta relación es más de acompañamiento, pues la construyo en la medida que me voy conociendo y develando con el usuario. En este proceso relacional, ambos nos vamos comprendiendo y aprendiendo a establecer puentes entre ambos mundos. Es así como se torna indispensable comprender que significa determinada experiencia para el profesional enfermera. En la medida que le pregunto sobre cómo vive determinada experiencia en salud, entrará en diálogo, porque tiene algo que decir sobre ella y solo desde ese significado es posible construir la relación de auto cuidado.

Esta visión relacional dialógica del auto cuidado en salud se funda en el enunciado heideggeriano cuando propone que "el ser de los hombres está fundado en el lenguaje, que sólo se hace actual a través de la conversación; conversar implica más allá de oír, (físicamente), más escuchar; la conversación (el lenguaje compartido) hace humanos a los seres humanos" (Heidegger, 2007, p. 42). Las personas entienden y perciben los significados de lo que les rodea mediante el lenguaje.

Por otra parte, entendiendo la ínter subjetividad como un proceso que abre un espacio común entre dos personas que se revelan respecto a la organización de sus propias visiones de mundo. Reflexiono que cada persona, en su mundo subjetivo contiene sus sentimientos, emociones, pensamientos, principios, creencias, valores, distorsiones, que ordena de acuerdo a los significados que atribuye a sus experiencias (Silva, Damasceno y Moreira, 2001). Comprender ese mundo es mi desafío, y para iniciar este proceso es necesario desear conocer a ese otro tal como el otro se revela y acogerlo significa escuchar atentamente.

Cuando esto ocurre se crea un "campo perceptual compartido", se produce mutualidad en el encuentro, en el cual puedo validar los significados que el otro atribuye a sus experiencias.

Los profesionales enfermeras al interactuar con el paciente, deben priorizar sus acciones y valores respetando sus sentimientos y comprometiéndose con el bienestar de quien recibe el cuidado. Con eso pueden establecer una relación más auténtica, *siendo con el otro*, buscando nuevos significados a partir de lo que es vivenciado por la persona. Dado que la enfermería involucra "gente que cuida gente" y resalta la importancia de la ínter subjetividad en las relaciones humanas, se aproxima a la fenomenología existencial representada por Martin Heidegger (Fernandes De Freitas, Barbosa y Prado, 2007, p. 57).

Heidegger enfatiza el cuidado como una condición existencial- un modo de ser en el mundo. El cuidar es fuente del propio Ser, de modo que la esencia del hombre es ser cuidador de sí. El

sentido del cuidar inserta la manifestación del Ser como un, modo de cuidar propio del existir, pues dando apertura para que el otro se transforme es que el hombre puede transformar el propio ser en búsqueda de su esencia (Hammerschmidt, Borghi, Lenardt, 2006).

Al educar a una persona debo propiciar condiciones, para que ella se pueda manifestar como Ser. Ese modo de ser incluye que el educador posibilite a la persona apertura de su presencia a partir del propio ser. Con esa postura el educador amplía su mirada para ver las cosas del modo como ellas se muestran.

Al ser enfermera me develo en las vivencias de educar, que acredito se manifiesta en el *educar de* y *educar con*.

Para Heidegger (2007), es posible visualizar en lo mínimo dos maneras de educar, y naturalmente ambas presentan variaciones. La primera manera es entendida como *educar de*, frecuentemente desarrollada cuando la enfermera tiene como referencial el modelo biomédico, y que significa, presumir a la persona como “un algo” al cual se debe educar como un receptor de cosas, entonces, hacer por la persona aquello para lo que ella esta capacitada hacer, lo que puede involucrar manipulación aunque de forma sutil. Esa actitud denota un *educar de*, como un no ser enfermera junto a la persona que necesita educación. En la otra manera visualizo como *educar con*, significa posibilitar a la persona asumir sus propios caminos, crecer, madurar, encontrarse consigo misma. Tal actitud implica un ser *auténtico* como enfermera, que se devela en el *educar con*. Por medio de estas vivencias el ser enfermera junto con Ser persona que necesita educación, pueden trascender a los desafíos de ser con los otros en el mundo. De este modo la real existencia del ser enfermera sólo se expresa en el ser con la persona que necesita recibir educación, en la coexistencia para ser el vivir saludable con los otros y con el mundo.

Finalmente, reflexiono acerca de la cotidianidad en el educar, para Heidegger (2007) el ser humano es un ser en el mundo y vive indisociable de la existencia en su cotidiano, mediante los niveles de experiencias que abarcan a la conciencia, el modo de vivir en el mundo y el propio estado de cuidado del Ser.

El hombre como sujeto en el mundo puede vivenciar la existencia como cuidado, manifestación y comprensión, y en esa experiencia puede trascender a las condiciones de la existencia cotidiana, develando el propio Ser como apertura a las posibilidades del mundo.

Trayectoria Metodológica

1. *Investigación Cualitativa*

Con la investigación cualitativa busco una comprensión particular del fenómeno en estudio, describiendo el significado de aquello que se muestra, lo que es distinto de los hechos que son controlados una vez que han sido definidos. Tiene como finalidad la comprensión de la experiencia tan próxima como sea posible, es decir, muestra como los sujetos o colaboradores de la investigación viven su experiencia. El contenido es propio y peculiar, involucra una interrogación, perplejidad e inquietud que envuelve una trayectoria en torno a ella. Se preocupa de alguna cosa que no se conoce, en torno de la cual se tiene dudas y que se quiere saber (Muñoz, 1995).

Los métodos cualitativos me han resultado especialmente adecuados para la comprensión en profundidad del significado que las enfermeras otorgan a la educación para la salud en el ejercicio profesional. Es posible obtener conocimiento de los seres humanos, sin describir cómo se vive y cómo se define la experiencia humana por los actores mismos. (Polit & Hungler, 2000). La investigación cualitativa en enfermería se preocupa de la investigación sistemática de la práctica de enfermería por sí misma y el efecto de esta práctica en el cuidado del paciente, o del individuo, de la familia o la comunidad.

Según Martins y Bicudo citado por Carvalho y Valle (2002), la investigación cualitativa no se preocupa de generalizaciones, principios, ni leyes, su foco de atención se centra en lo específico, en lo individual, busca siempre la comprensión y no la explicación de los fenómenos estudiados y abandona la generalización.

Esta metodología me ha sido beneficiosa para comprender mejor el fenómeno educación para la salud, para ello he puesto en el punto de vista del objeto, al profesional enfermera; para poder entender como su realidad es vivida y afrontada he tenido que preguntarme más allá de las definiciones, qué vivencias tiene para ellas el educar y qué comportamiento está suscitando en los esquemas establecidos de prevención, diagnóstico y tratamiento.

2. **Momentos de la Trayectoria**

La investigación cualitativa fenomenológica adoptada, corresponde a una modalidad de investigación que ha sido utilizada en Estados Unidos por el profesor Amadeo Giorgi y en Brasil por el profesor Joel Martins. Comprende como momentos de trayectoria: descripción, reducción y comprensión.

Descripción: Como primer momento de la trayectoria revelo a través del discurso todas aquellas experiencias de las enfermeras que parten de su mundo real vivido. Mi objetivo es buscar la esencia del fenómeno, a través de las descripciones en los discursos en los cuales el profesional enfermera, describe lo que está experimentando en su propio lenguaje, de acuerdo a la vivencia que tiene de la situación.

Como investigador perseguí develar el fenómeno tal como se muestra a través del discurso, comprendiendo su esencia y significado. Los datos fueron situaciones vividas que conscientemente describieron los sujetos, esperando que relataran de manera precisa lo que ocurrió con ellos al vivir estas experiencias.

La experiencia fue relatada de diferentes maneras pues los significados expresados de éstas eran distintos, de esta manera como investigador debí enfrentarme a un conjunto de significados.

En este momento, debí renunciar a toda idea preconcebida acerca del fenómeno que me causó perplejidad y comencé a familiarizarme con el discurso tras haber leído en repetidas ocasiones el texto.

Así fueron surgiendo las Unidades de Significado, que son aquellas frases que impresionan al investigador, pues con ellas logré ir distinguiendo el fenómeno. Estas unidades de significado las subrayé, anteponiéndoles un número arábico para identificarlas.

A medida que fui comprendiendo el fenómeno, fueron apareciendo los significados. Las descripciones obtenidas me permitieron mostrar las estructuras de los fenómenos, buscando la estructura fundamental, la esencia del fenómeno.

Mi labor como investigador fue dejar que el mundo de aquel que se describe, se develara en la descripción y así llegar a la esencia o estructura del fenómeno, que debe mostrarse necesariamente en la descripción.

Para Merleau Ponty, citado por Terra et al. (2006) la descripción o discurso es una prueba de existencia del sujeto; es una forma del sujeto de colocar su experiencia rigurosamente como le está aconteciendo; ella contiene significados de la totalidad de la experiencia vivida, pero no siempre totalmente explicitados en el discurso.

Reducción fenomenológica: Al tener las unidades de significado subrayadas y numeradas de cada discurso, continué con la reducción fenomenológica, haciendo una limpieza de los discursos, redactando en primera persona cada unidad encontrada, para lograr esclarecer más el fenómeno.

En este momento, me fui introduciendo en la experiencia vivida a través de los discursos. Debí colocarme en el lugar del sujeto, para poder vivir la experiencia vivida por éste. En la reducción ubiqué al fenómeno en supresión, es decir, busqué todo el fenómeno y sólo el fenómeno en las descripciones de los sujetos.

La reducción fenomenológica, en efecto, hace aparecer como residuo no reductible la vivencia de la conciencia. En ésta vivencia de un sujeto al que se remiten los objetivos del mundo y del que proceden las significaciones (Dartigues, 1992). Para poder realizarla fue necesario desconectarme del mundo natural, físico y psíquico de toda clase de productos de la cultura, valores, realidades de índole del estado, costumbres, el derecho y la religión.

Esta Posibilidad de apertura, para ir hacia las cosas mismas, lo que se presentará como fenomenal en el sentido de lo que se muestra a la experiencia, exige un examen minucioso, meditabundo. Esta mirada debe preceder a cualquier teoría, prejuicios, creencias o explicaciones, cuando el fenómeno se muestra. Esta mirada es lo que Husserl llama *epoché*: suspendido o detenido, dejando el camino común, los prejuicios y supuestos sobre él; asumiendo una postura neutral, no negando el mundo o sus experiencias, sino más bien reflexionando y haciendo preguntas. Esto permite la aparición sentida de los hechos que no habían sido observados (Carvalho & Valle, 2002).

Debí aprender a no conocer (unknown), para estar auténticamente presente en los discursos. El estado de la mente durante el no-saber es condición de apertura, en contraste con el patrón de “conocer”, es una forma de confianza que tiene inherente el estado *de lo ya sabido*. El arte de no conocer es un proceso en la propia percepción del mundo y es esencial para comprender las perspectivas de la subjetividad.

Para poder comprender el mundo interior del otro, tal como lo construye y significa, fue necesario hacer un paréntesis temporal e intencionado de mis conocimientos y perspectivas.

Este proceso me condujo a enorme grados de introspección y autoconciencia. Fue esencial comprenderme a sí mismo y al otro (entrevistado) como dos seres diferentes, uno de los cuales no conocía.

Cuando investigador y entrevistado se encuentran, dos perspectivas necesitan ser reconocidas. Entonces el proceso de ínter subjetividad comienza a crear el campo perceptual (Rivera, 2004).

Comprensión: Este tercer momento de la trayectoria me permitió develar el fenómeno en cuestión.

En este momento, indagué y reuní las convergencias o aspectos comunes dentro de cada discurso, para luego transformarlas a Unidades de Significados Interpretadas en el lenguaje del investigador, en tercera persona, siguiendo con un análisis ideográfico de cada uno de ellos, resultando del paso anterior, que se me muestra la esencia de cada entrevista, lo que me ayudó a esclarecer el fenómeno, mostrándome la experiencia de cada individuo que me llevó a la comparación de todos ellos, para lograr vislumbrar la vivencia que comparten, por medio de la reflexión.

Con el análisis nomotético busqué identificar las convergencias que caracterizan la estructura general del fenómeno y constituye los aspectos comunes, las divergencias e idiosincrasias que reflejan aspectos individuales, y por lo tanto disímiles entre los sujetos que aluden a las percepciones individuales resultantes de una situación vivida.

Este análisis me permitió relacionar las estructuras individuales entre sí, al abordar la convergencia y divergencias en los discursos. De esta forma establecí una generalidad, es decir, descubrí el aspecto general y estructural de los individuos.

Esta generalidad no me limitó a la experiencia que se muestra de un solo individuo, sino que trascendió a éstos, llegando a constituirse en una realidad que comparten todos los sujetos. Finalmente de esta forma el fenómeno se develó.

3. *La Entrevista Fenomenológica y su proceso*

Durante las entrevistas, se me abrió un mundo a las vivencias de otras personas; y siendo éstas el sustrato sobre el cual trabajé; es importante comprender que una vivencia afectiva no se matiza, ni reduce. Si miro a ella, tengo algo absoluto (Husserl, 1962).

A través de ella, obtengo información sobre el punto de vista y la experiencia de las personas / grupos adecuadas, si lo que busco es la dispersión de puntos de vistas personales más que el consenso.

Aparecen los puntos de vista prototipos o representantes de las diversas posturas que pudieran existir. La entrevista puede ser abierta, si no existe un guión previo. No importa el número de entrevistas sino la calidad de las mismas.

El entrevistado construye su discurso personal (deseos, necesidades) de forma confiada y cómoda. Esta nace por un lado, del diseño del investigador y por otro, del proceso mismo. Este tipo de entrevista posee un carácter participativo y abierto entre el investigador y el entrevistado. Previo a la realización de la entrevista, es útil entregar material introductorio para que el informante pueda preparar su discurso con narraciones significativas en donde describa como única la experiencia en estudio.

El propósito es comprender los significados, al hacerse un cuadro vivido obtengo la experiencia completa de la persona. Esta aproximación fenomenológica a la entrevista combina escuchar y narrar.

Como entrevistador intento captar el conocimiento interior de esa experiencia externa, a través de un acercamiento comprometido y profundo al escuchar. Este escuchar activo entrega la interpretación de lo que está sucediendo con la entrevista.

La narración o historia es una importante fuente de datos. Para Heidegger (2007): “vivir la vida es escuchar las historias de otros”, el investigador fenomenológico utiliza la estructura narrativa para evocar del entrevistado conocimiento práctico, preservando la integridad contextual de los datos.

Dos tipos de pruebas pueden ser especialmente útiles en la entrevista: la prueba de recapitulación y la prueba del silencio. La prueba de recapitulación se usa para llevar a los informantes al inicio de la experiencia descrita durante la entrevista; los periodos de silencio pueden usarse para establecer una paz confortable durante la entrevista, haciendo que los

entrevistados sigan su propio camino de asociaciones al contar la historia a su manera, se describe el silencio epistemológico como: el silencio que experimentamos cuando enfrentamos lo incontable (Terra et al. 2006).

Para poder llevar a cabo la investigación, realicé la entrevista a ocho profesionales enfermeras que pertenecen a la unidad de mediana complejidad médica del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, las participantes eran del género femenino, con un rango de edad entre 25 y 55 años, y tenían más de un año de experiencia clínica en la unidad. Les solicité a las profesionales que antes de iniciar su participación firmasen un consentimiento informado. Todas las profesionales entrevistadas eran egresadas de universidades tradicionales.

La realización de las entrevistas se llevó a cabo en el período de Marzo y Abril de 2009. Respetando su decisión, las entrevistas fueron realizadas en el Hospital, pues ellas encontraban que era el lugar más adecuado para desarrollar el tema. Cada enfermera eligió el momento y el lugar que consideraba conveniente para que pudiéramos hablar sin interrupciones. En el momento de realizar la entrevista, se les explicó las líneas generales del estudio, considerando los fundamentos de la entrevista fenomenológica, con el objeto de no inducir respuestas.

La duración de las entrevistas fue entre treinta a treinta y cinco minutos; con cada profesional enfermera se realizó un encuentro que finalizó cuando expresaron no tener nada más que decir acerca de la experiencia.

En ninguno de los casos los participantes expresaron el deseo de suspender la entrevista antes de que ésta llegara a su fin; por el contrario, su deseo de concederlas fue evidente.

Los discursos fueron recepcionados, en una grabadora digital Sony ICD-P630F, en condiciones de privacidad en la sala de entrevista clínica, lugar y horario elegido por ellas. Siendo, a continuación transcritas fielmente.

Consideré saturada la información cuando en las entrevistas, los datos aportados se repitieron sin reproducir elementos nuevos que contribuyeran a la comprensión del fenómeno (saturación).

4. Rigor Ético en la Investigación

Previo a la constitución de los discursos, procedí a solicitar las autorizaciones de rigor en la Institución de Salud correspondiente. La Directora de Postgrado de la carrera de Enfermería envió una misiva a la autoridad respectiva de la Institución (ver anexo nº 1). Una vez recibida la respuesta favorable de la misma, se procedió a la ejecución de las entrevistas (ver anexo nº 2).

Al realizar un trabajo de investigación de Enfermería que implique a seres humanos no olvidé los principios éticos que rigen nuestro quehacer, por lo tanto fue importante mantener la confidencialidad de la información proporcionada por los individuos; y para esto antes de dar inicio a la entrevista con la cuál obtendría la información necesaria para la información, di a conocer el objetivo de la investigación, y las personas involucradas pudieran conocer el consentimiento informado (ver anexo nº 3).

El principio de autonomía juega un rol importante en ésta investigación ya que las personas tenían la libertad de elegir si querían participar y si lo deseaban podían rechazar su participación en el momento mismo de la entrevista tanto al inicio como en el transcurso de ésta, hecho que es muy importante en estos profesionales que se encuentran física y emocionalmente afectados por la carga asistencial hospitalaria.

Como investigador en Enfermería es importante guardar el secreto profesional, con el fin que no vaya en perjuicio del entrevistado, es por eso que guardé las identidades de las personas implicadas, durante la entrevista y la transcripción de ésta, identificando cada entrevista con un número.

Como una forma de guardar la privacidad, identidad, costumbres y creencias de las personas cree un ambiente de confianza, entrevisté a cada uno de los profesionales en la sala de entrevista clínica de la unidad de mediana complejidad medica del Hospital Carlos Van Buren, en una fecha y hora acordadas previamente por el entrevistado y el entrevistador.

Constitución de la Investigación

1. *Colección de los Discursos*

La metodología utilizada para realizar la Investigación Cualitativa de tipo Fenomenológica fue la entrevista, que me permitió develar el fenómeno que buscaba en los profesionales enfermeras, mediante la expresión de cuál era el significado que ellas le otorgaban al concepto educación para la salud y cómo vivían individualmente este proceso en su ejercicio profesional.

Las entrevistas las realicé a enfermeras que pertenecen a la unidad de Mediana Complejidad Médica. Como señalé anteriormente, el primer contacto lo realicé con la Enfermera Supervisora de la Unidad quién identificó a las personas que se encontraban en condiciones de colaborar en el objetivo de la investigación, los días de rotación de sus turnos y así confeccionar un cronograma para contactarlas en forma personal y posteriormente visitarlas en su lugar de trabajo y establecer los mecanismos para realizar la entrevista.

El tamaño del grupo en estudio lo conformé por criterio clásico de saturación de los significados emergentes (Streubert & Carpenter, 1994). El número de personas entrevistadas fueron ocho, lo que fue suficiente para recopilar la información requerida para poder comprender el fenómeno estudiado. Para poder llevar a cabo la entrevista, solicité a las personas responder la pregunta orientadora y así obtener la narración de su experiencia.

Los discursos los transcribí en forma íntegra, e identifiqué como Discurso 1 (D1), Discurso 2 (D2) y así sucesivamente.

Para asegurar el rigor metodológico, la recolección y la transcripción de la información en las entrevistas y el análisis, tuve en cuenta el punto de vista de los participantes a quienes se les permitió expresar su experiencia en su propio lenguaje para hacerla visible. La transcripción de las entrevistas las realicé inmediatamente para conservar la mayor fidelidad en los datos, teniendo en cuenta lo que se dijo y cómo se dijo. La confiabilidad interna la llevé a cabo con una segunda transcripción, realizada por un profesional no perteneciente al área de la salud. No se efectuó confiabilidad externa.

Las entrevistas fueron validadas, permitiendo a los participantes leer la descripción para determinar su correspondencia con lo que ellos querían decir.

El caminar para el análisis comprensivo del fenómeno lo inicié en el momento de la transcripción de los discursos. Después de realizar innumerables lecturas buscando aprehender el

sentido del todo, indagué en cada uno de los discursos, delimitando las unidades de significado (enumerándolas en orden correlativo), es decir, las expresiones espontáneamente percibidas en las descripciones, centrado en el fenómeno buscado.

En un cuadro de dos columnas confeccioné el cuadro de reducción fenomenológica, para ello agrupé a la izquierda las unidades de significado en el orden que fueron relatadas y en la derecha su reducción, posteriormente en un nuevo cuadro de dos columnas realicé el cuadro de convergencias para obtener las unidades de significado interpretadas, son expresiones que el investigador realiza de la experiencia vivida por la enfermera.

A continuación, realicé el análisis ideográfico que fue conteniendo la esencia misma de los discursos.

En la secuencia realicé una categorización y agrupamiento previo de estas unidades de significado, donde busqué captar la presencia de aspectos comunes en las descripciones, convergencias y divergencias; y por medio de este agrupamiento, surgieron las categorías

2. Reducción Fenomenológica: Ejemplo

DISCURSO 06

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
<p>1. es un concepto amplio, que si uno va de lo más sencillo a lo más complejo, uno pudiera decir: Educar a la familia, al paciente, para que aprendan determinadas cosas. Eso tiene una trascendencia mayor y un proceso, no solamente implica entrega de contenidos educativos, sino que implica que los familiares y los pacientes asimilen lo que nosotros les queremos entregar para efectos del autocuidado. nosotros entregamos varias herramientas para que el paciente después en su casa, se pueda seguir atendiendo, él o su familia. a veces los esfuerzos que hacemos acá, o la entrega de eso, es insuficiente.</p> <p>y cómo tú te das cuenta? por el reingreso, tú entregaste conceptos a cerca de prevención de caídas, qué es lo que hay que hacer con un adulto mayor en la casa, como medidas preventivas el énfasis casi siempre lo da como en la medida preventiva, después te reingresa al tiempo ese abuelito con hematoma.</p>	<p>1. Es un concepto amplio, que va desde lo más sencillo a lo más complejo.</p> <p>Educar a la familia y al paciente, no solamente implica entrega de contenidos educativos, sino que asimilen para efectos del autocuidado.</p> <p>Las enfermeras entregan varias herramientas para que el paciente y familia pueda seguir su atención en casa, pero a veces el esfuerzo es insuficiente, te das cuenta por el reingreso, se entregan contenidos como medida preventiva.</p>
<p>2. Al final uno se termina retroalimentando, a través de la misma experiencia de los familiares, para ver hasta qué punto, eso que hizo en ese minuto fue efectivo o no efectivo.</p>	<p>2. Se retroalimentan de la experiencia de los familiares para ver la efectividad de la medida tomada.</p>
<p>3. En la Universidad, el concepto te lo entregan, lo sentí muy ligado a la atención primaria, o sea: "preparamos al hipertenso para que se tome los fármacos, pa' que cumpla con la dieta" No lo sentí mucho al tema atención cerrada.</p>	<p>3. La Universidad entrega el concepto ligado a la atención primaria y no a la atención cerrada.</p>
<p>4. Nos damos cuenta de que mucho de lo que nosotros logremos entregar acá, y si se establece un continuo, la atención primaria debiera continuar con esto. Tú tienes que formar a la familia y al paciente, para efectos del autocuidado.</p> <p>Te lo piden como normativa ministerial, te piden que tú te organices en tu jornada para entregar esos conceptos.</p>	<p>4. Lo que se logra acá debe continuarse en la atención primaria, formar a la familia y paciente en el autocuidado.</p> <p>La normativa Ministerial solicita organización de la jornada para entregar esos conceptos.</p>
<p>5. Nos hemos pillado en la situación de la sobrecarga asistencial. Nosotros ocupamos el recurso "Interno de Enfermería"</p>	<p>5. En la situación de sobrecarga asistencial, se ocupa el recurso interno de Enfermería para educar.</p>
<p>6. La enfermera clínica, cuando está en contacto directo con su paciente, son muchos los aspectos y muchos los pacientes a los cuales ella quisiera darle información, pero el tiempo te ve pillado. Terminas dándole un tríptico informativo, y a veces no abordan todos los temas que debieras.</p>	<p>6. La enfermera clínica en contacto directo con el paciente quiere entregar mucha información, pero por falta de tiempo entrega tríptico informativo, y a veces no ahonda los temas que debiera.</p>
<p>7. a veces incluso tener como un feedback con la misma familia, una retroalimentación para darte cuenta en ese mismo minuto, en qué parte lo dejé más débil. Después te das cuenta de que lo que entregaste no llegó como debería haber llegado.</p>	<p>7. Tener una retroalimentación con la familia ayuda a evaluar los aspectos más débiles de la información y permite ver si lo que se entregó fue recibido de la misma manera.</p>
<p>8. la población que nosotros atendemos, socioculturalmente es muy básica, la escolaridad está limitada. Hay una serie de barreras</p>	<p>8. La Población atendida socioculturalmente es muy</p>

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCION FENOMENOLÓGICA
culturales y socio-culturales que en este proceso que nosotros queremos encaminar	básica, hay barreras socioculturales en el proceso.
9. en el servicio estamos agrupando a los pacientes según necesidades educativas, según diagnóstico	9. Los pacientes se agrupan según necesidad educativa, según diagnóstico.
10. no es una preparación que tengamos hasta este minuto sistemática, la vamos haciendo dependiendo de la llegada de los internos de enfermería, generalmente se está haciendo focalizada y muy puntual para el alta de cada uno de los pacientes, pero individual cuando logramos agrupar gente con necesidades comunes, ahí es cuando llegan los internos, ellos son como parte del equipo, entonces nos llega un interno, nos llega una enfermera más, que se dedica a la parte educativa	10. La preparación no es sistemática, se hace dependiendo de la llegada de los internos y focalizada para el alta de los pacientes individualmente. Los internos son parte del equipo, una enfermera más que se dedica a la parte educativa.
11. la Gastrostomía es bien puntual de este piso, entonces, se da un universo de pacientes que no es menor y que debiera ser preparado en esto que mucha gente desconoce, la enfermera ha sido obligada a hacerlo, porque no lo puede mandar de alta sin que tenga los conocimientos para manejarse en su casa, como autocuidado, ya sea que se lo proporcione él o se lo proporcione la familia	11. El tema de la Gastrostomía es puntual en el piso, se da en un universo de pacientes que no es menor. La enfermera es responsable de entregar los conocimientos para el manejo de la gastrostomía en la casa, como una forma de fomentar el autocuidado.
12. en la medida en que tú preparas bien a la gente para la casa, esa persona va a tener una sobrevida mejor, una calidad de vida mejor, no va a reingresar, o si va a reingresar va a ser por otro motivo o por último más retrasado en el tiempo	12. La persona que se prepara bien para el alta, tiene mejor sobrevida y calidad de vida, y disminuye o retrasa su ingreso su reingreso hospitalario.
13. nosotros mandamos pacientes por ejemplo en condiciones en que su organismo por secuelas neurológicas está en postración, y después uno los ve en el reingreso y está anquilosado, deshidratado, enflaquecido, ahí también se logra uno dar cuenta de la importancia que tiene la atención primaria, puedo entregar muchas cosas acá, pero cómo yo sé que eso en la casa, se está haciendo, bien o mal, porque nosotros llegamos hasta la puerta del hospital	13. La importancia de la atención primaria radica en, la continuidad de la atención posterior al alta del paciente. La enfermera ve pacientes que reingresan en peores condiciones, eso es función de la atención primaria, porque la responsabilidad de la enfermera intrahospitalaria llega hasta la puerta del hospital.
14. la colega del consultorio, tienen que hacerse un espacio en el tiempo en su organización para ir a la visita del domicilio y chequear	14. La colega del consultorio tiene que ir a visita domiciliaria y chequear dentro del tiempo disponible.
15. la colega del hospital, va a tener que tener un instrumento de entrega, en donde no solo va a ir el dato clínico del examen que está pendiente, sino: estos son los contenidos educativos que yo entregué, es un trabajo que vamos a hacer ahora porque tenemos que quedarnos con un respaldo, la gente acostumbra a decir: "a mí en el hospital, nadie me dijo esto", "la enfermera a mí nunca me enseñó esta otra parte", entonces también eso va a ser una forma de quedarnos con un registro, nosotros nos dedicamos al tema de la Gastrostomía, al manejo de la prevención de las caídas, del manejo de las úlceras por presión, en la prevención, tantas cosas que uno entrega.	15. La enfermera del hospital va a tener que elaborar un instrumento de entrega al alta, donde se registre la educación otorgada: en temas como gastrostomía, manejo prevención de caídas, manejo úlceras por presión.
16. la idea es que ese instrumento tenga un tríptico de apoyo, y ese documento va a salir en triplicado. Que uno se queda en la ficha, el otro, el original se lo entrega al familiar, para que él lo presente a la enfermera del APS, y un tercer registro, quedaría en el servicio de Salud, en calle Brasil, cosa que la enfermera que está a cargo del manejo de los consultorios, en forma obligatoria, agarre unos cuantos	16. El instrumento tendrá un tríptico de apoyo, y tres copias: uno para la ficha del paciente, el original se entrega a la familia para que se lo lleve, y el tercero queda en el servicio de salud

Significado que las enfermeras otorgan a la Educación para la Salud
en el Ejercicio Profesional: Una visión fenomenológica

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCION FENOMENOLÓGICA
pacientes y vaya a chequear a las casas directamente si la APS está haciendo presencia en ese hogar para mantener un ciclo cerrado que de la casa vuelve para acá.	para posterior control de la enfermera a cargo del consultorio.
17. Esto tiene que ver con la atención integral de la reforma, porque además ellos pidieron, cuando se estableció el tema del Hospital Amigo, ellos dijeron: nosotros queremos que el paciente y la familia, se vayan preparados en administración de medicamentos orales, en prevención de caídas, en prevención de úlceras por presión, es una obligación y sobre ese listado, tú tienes que ampliarte, porque de repente puede que el paciente tenga necesidad de mucho más, que esos cuatro o cinco ítem, que te pide el ministerio	17. Esto tiene que ver con el programa hospital amigo de la reforma de salud, donde el paciente y familia se va a su casa preparados en los temas que pide el ministerio y a veces en muchos otros.
18. un formulario de epicrisis, que no es solamente para uno que otro paciente con la típica epicrisis que había médico, porque ahora con qué se va el paciente? por lo menos en la gran mayoría de los servicios de hospital, se van con el carné de alta, y se van con los medicamentos, y no se van con otra cosa, entonces ahora, obligatoriamente se tienen que ir con una epicrisis de enfermería, el original la idea es que se la lleven y se la presente a la APS, y los otros dos documentos que son copia, como te digo, el uno la ficha y el otro va al Servicio de Salud., la idea es ir mejorando porque talvez muchos de estos nexos quedan en el aire	18. Obligatoriamente el paciente se va de alta con una epicrisis de enfermería, para mejorar la continuidad de la atención
19. el tema de la prevención de la neumonía aspirativa, y de la prevención de las caídas, son básicas, porque sino reingresan con las mismas cosas que tú querías que no ocurrieran, fallamos en la comunidad, porque a veces la familia no existe y este paciente está solo en su casa, entonces también hay que crear más lazos de unión e irnos conociendo con la comunidad desde el punto de vista del voluntariado, los centros de madres, la cruz roja, cualquier gente que pueda hacer de familiar postizo de este paciente, porque muchas veces tú tienes que darle de alta a un diabético insulino-dependiente y él no se puede poner la insulina, pero tampoco hay nadie que le ponga la insulina, y hemos tenido casos, que hemos tenido que frenar altas 3, 4 días, porque quién le pone la insulina? no existe esa persona, ahora son cada vez más frecuente, porque como nuestra población es cada vez más longeva, los abuelitos tienen poca movilidad van llegando, cada mes más avanzados en su edad con sus patologías crónicas controladas, pero igual sin red de apoyo, cómo sigue adelante con todo eso? no tenemos a quién entregar contenidos educativos	19. El tema de la prevención es básico, para evitar el reingreso. Hay que conocer a la comunidad como red de apoyo social en el caso de que la familia no exista, para saber a quién entregar los contenidos educativos.
20. la educación es una herramienta barata, ha sido muy interesante, por ejemplo cuando hemos estado con los internos, al final como a uno siempre le dijeron en la Universidad, lo que más aprende el otro es lo que te cuentan por experiencia otro que ya vivió el tema, o sea eso es barato hacerlo, basta que tú tengas una salita, reuní la gente, se prepara material educativo, se le entrega, y el impacto es grande estamos con pocos profesionales trabajando día a día y con muchos pacientes, tampoco existe una salita adecuada, no hay lugares destinados para que se reúna a los familiares y reciban contenidos, un lugar digno, cómodo, iluminado, confortable	20. La educación es una herramienta barata, y se aprende más al escuchar las experiencias del otro que ya vivió el tema. Solo basta tener una salita para educar a la gente entregándole material educativo. Existen pocos profesionales y muchos pacientes, no existe una salita adecuada o lugar de reunión de los familiares para recibir contenidos.
21. falta explorar un poco qué pasa a nivel de la comunidad, por qué la gente engancha o no engancha, o se desentiende del adulto mayor y en el fondo dejan que el sistema se haga cargo, llega el momento del alta y desaparecen, no se lo quieren llevar para no asumir estos cuidados, por qué la gente se escabulle este tipo de responsabilidad, tú puedes tener buenas ganas e intenciones pero si no se dan esas otras situaciones, te fracasan	21. Falta explorar el por qué la comunidad no asume responsablemente al adulto mayor del alta.
22. es un negocio redondo, estamos en el fondo manejando una serie	22. Es un negocio redondo, en el

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCION FENOMENOLÓGICA
de aspectos educativos, estamos preparando al familiar o al mismo paciente, en general en este piso se prepara más al familiar, ellos se van más o menos, dominando gran parte de lo que corresponde al autocuidado en casa	piso se prepara más al familiar en el autocuidado.
23. reingresa y tú ya te haces familiar de ese caballero porque lo ves cinco veces en el año, entonces aumentan los días cama en ese mismo paciente, invierten en manejo en curaciones, encarece todo lo que es el sistema mismo de salud estamos gastando mucha plata en el mismo paciente y al final todo es menos aprovechado, el día cama, lo ocupamos de nuevo con un reingreso, las estadías son prolongadas, entonces al final si nos fuera bien por la parte educativa, a lo mejor todo eso no pasaría pues, se le pudiera sacar más provecho a la hospitalización, a la alta demanda que tiene este hospital por camas	23. El reingreso encarece al sistema de salud, al final si el tema educativo funciona los días cama se ocupan con un ingreso y no con un reingreso.
24. hay colegas que son más inquietas en los temas, más innovadoras, más creativas, y otras colegas que viven la latencia, Van Buren tiene alrededor de 120-140 enfermeras, yo diría que no son más de 20 enfermeras en un volumen enorme de otras profesionales, ahora qué pasa a nivel de nuestra coordinadora, o de nuestra subdirectora de gestión, ella está conciente del tema y engancha con nosotros, ya, pero este carro no lo podí tirar sola, hay que saber también buscar redes de apoyo	24. En el Hospital Carlos Van Buren existen 120 a 140 enfermeras, unas más inquietas que otras en el tema educativo. La coordinadora está conciente del tema y se compromete con él.
25. el tema, docente asistencial es valiosísimo porque a lo mejor en un servicio en el que la colega no tenga este tema muy claro, que no le interese tanto, a lo mejor en un tema de enfermería lo va a ocupar para sacar la atención directa, para que se ponga a hacer técnica, pero si tú a tus internos de enfermería los avocas también viablemente a eso, que es lo que se hace en este piso, en quinto, están en una situación de hacer gestión ha sido muy interesante el trabajo con los internos, que hayan hecho esto y hayan juntado grupos de familiares con intereses comunes, en el 2008, yo creo que fuimos en este piso, porque han habido internos en otros lugares de este hospital, el alumno tiende mucho a formar o a pulir en el desempeño del paramédico, ah están tomando mal el electrocardiograma, por lo menos acá en la atención cerrada, internos que hayan agrupado a familiares, con intereses comunes, para entregar contenidos que afecten al autocuidado, yo diría que no, porque es un tema fuerte que tú lo exiges mucho en la atención primaria	25. El tema docente-asistencial es valiosísimo. Interesante el trabajo con los internos, el que hayan agrupado a familiares con intereses comunes para entregar contenidos de autocuidado en una atención cerrada.
26. en la atención primaria, tú ves el trabajo grupal, y enfermeras que están destinada, yo trabajaba con un portafolio y ahora los chiquillos trabajan con sus notebooks, y tienen sus power aquí cómo lo hemos hecho, con notebook y con talleres prácticos, con camillas, con uno de los alumnos que hace de paciente, y a ese paciente se le simula la instalación de un catéter urinario porque las familias acaso tienen que aprender a hacer el aseo, a cuidarlo que no se le infecte	26. Los internos trabajan con notebook y talleres prácticos simulados. Los estudiantes realizan talleres prácticos con la familia de los pacientes con el fin de simular un procedimiento lo más real posible.
27. el hospital no está preparado todavía para eso, porque yo creo que siempre pensamos que queda como tarea exclusiva del APS	27. El hospital no está preparado para educación para la salud, es tarea exclusiva de la APS.
28. En la atención integral de familiares vs. pacientes, vamos tratando de ensayar durante la hospitalización con el tema del Hospital Amigo, tenemos abierto el hospital las 24 horas para el familiar, entonces, si se quedan en la noche, no es una estadía decorativa, yo le hablo desde el primer minuto, su venida es participativa desde el momento en que haya que cambiarle la ropa de cama a sus familiares, usted se integra con la paramédico aprende cómo hay que darlo vuelta, para adulto mayor, cómo hay que hacer prevención de úlceras, en qué se tienen que fijar para prevenir una caída, si hay que darle un medicamento, le	28. En el tema Hospital Amigo la estadía del familiar no es decorativa, sino participativa. El familiar se integra a los cuidados diarios del paciente para aprender. Se observa la devolución de los cuidados de enfermería del familiar. Resultados positivos en

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
<p>enseñamos a darle su medicamento, acá están los pacientes con trastorno grave en la deglución recibiendo sus fármacos molidos y mezclados con Jalea, . nosotros vamos observando de vuelta él cómo lo va haciendo entonces en la medida en la que él se queda una noche, dos noches, va viendo el progreso de ese familiar y la idea es que él sea siempre el mismo familiar, para que haya un proceso en la misma persona hemos tenido resultados positivos, hemos tenido gente que se ha integrado, esposos aprenden a mudar, aprenden a manejar gastrostomía, aprenden los cambios de posición para prevenir úlceras, para atender a sus señoras que están mal, uno acostumbra a ver a la hija, a la hermana de los pacientes, pero los varones también se están integrando</p>	<p>la integración de familiares de pacientes a sus cuidados.</p>
<p>29. tenemos programas educativos, tenemos material, que se ha ido creando, pasamos de los trípticos hacia los familiares, pero tenemos CD grabados de estos talleres educativos en que los internos, han dejado ahí toda su creatividad, la idea es que de repente vamos creando alianzas con las universidades, le he dicho a la coordinadora: me gustaría por ejemplo tener un televisor grande, con un pasa películas o pasa CD, donde esto que está hecho, uno lo ponga, entonces mientras la gente está esperando, en una salita de espera que pudiéramos acondicionar, entonces aprovechan el tiempo que ellos tienen ahí en esperar para que de a poco vayan integrando conocimiento del manejo de los pacientes.</p> <p>tenemos un diario mural, eso también es trabajo de internos, ellos lo trajeron de partida físicamente, y después todo lo que está ahí como material educativo y está orientado al autocuidado, salieron unos afiches muy buenos, que tienen que ver con manejo de catéteres, otros tienen que ver con prevención de úlceras, la prevención de las caídas, uno ve que la gente entra y lo mira y ahí queda, y queda hartito rato porque de repente no pueden entrar a la sala al tiro, entonces no tienen nada más que hacer que ver el diario mural, y eso también les va entrando, una mañana pude observar, cómo una señora le comentaba a la otra: "oye, yo esto con mi mamá yo lo manejé así... ella era portadora de un accidente vascular, y en realidad yo le cambiaba de posición de la misma manera..."</p>	<p>29. Existen programas educativos con su respectivo material, creado por los internos de enfermería.</p> <p>Existe un diario mural informativo de autocuidado, creación de los internos de enfermería.</p>
<p>30. en realidad del 1 al 7, nos falta mucho que hacer, yo diría que vamos como en un 3, de partida establecerlo como una rutina permanente, o sea dentro de nuestra organización, de nuestra planificación, tener horario o un día establecido de la semana, para este tipo de labor</p>	<p>30. Falta planificación de la actividad educación para la salud.</p>
<p>31. una vez comentábamos entre varias enfermeras en una reunión: "Tendríamos que tener una enfermera en el hospital dedicada a este puro tema y que ella a lo mejor fuera una persona que reuniera familiares, pero que su labor fuera esa, y no tuviera nada que ver con servicio clínico, con manejar personal, con atención directa, sino que una enfermera a cargo de la educación del paciente y de la familia, pero una a cargo de todo eso, y así se podría hacer bien y respetar los plazos, y los tiempos porque de repente tú puedes establecer tu programa y de repente la contingencia te hecho a perder tu programación y no lo pudiste hacer, lo vas postergando y eso no debiera ser, porque a la larga da frutos positivos</p>	<p>31. Una enfermera del hospital a cargo exclusivamente de la educación a los familiares de los pacientes porque la contingencia no permite respetar un programa establecido de capacitación y te hace perder la programación que existe.</p>
<p>32. este hospital estuvo haciendo, pero no resultó el tema de atención domiciliaria, hubo un programa aquí en el consultorio del adulto mayor, en donde había una enfermera, con un móvil con material y que tenía que ir al domicilio a chequear como estaban los pacientes nuestros dados de alta, pero eso, en el corto plazo como que se atrasó, el Eduardo Pereira lo tiene, en su consultorio de especialidades, hay una enfermera destinada a la atención domiciliaria y ella parte, va a terreno, chequea</p>	<p>32. En el hospital no resultó la atención domiciliaria porque no se cumplían los plazos establecidos.</p>

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCION FENOMENOLÓGICA
<p>33. El programa de cuidados paliativos y del alivio del dolor, te exige una enfermera o dos que se haga cargo de los pacientes que están dados de alta de este hospital en el domicilio y que no los tome la APS porque son pacientes complejos, son pacientes que no debieran ser abordados por el APS y eso está escrito en la norma ministerial y no se cumple, porque no está el recurso profesional para hacerse cargo en el Van Buren, entonces cae al APS, el APS reclama, y dice: "pero si aquí el ministerio dice que ese paciente es del Van Buren" .. el Van Buren se tiene que hacer cargo de la visita a domicilio qué se yo, y no lo hace.</p>	<p>33. El Programa Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor no se cumple porque no existe el recurso profesional para hacerse cargo en el hospital Van Buren.</p>
<p>34. me gusta mucho el tema, lo entiendo como una herramienta muy importante que de repente cuando uno es joven, le interesa poner muy bien las sondas, le interesa ser una bala para las vías venosas, pero después cuando tú vas entrando en la experiencia de los años, te vas dando cuenta que hay otras cosas que son importantes, este tema es muy importante, sobre todo ahora que se está dando el cambio epidemiológico y tú ves que la gente están con patologías del adulto mayor y están secueledados en su casa y que van a seguir viviendo, entonces al final eso no pasa por la vía venosa y no pasa por la sonda, pasa por otros temas</p> <p>no cualquiera puede ser educador, tienes que tener un compromiso con esas personas, tiene que haber como un feeling, que la gente enganche contigo y te entienda porque sino igual es tiempo perdido, si es por cumplir pero si tú realmente lo logras hacer y tienes claro el objetivo y te gusta, yo creo que es muy interesante esa área yo creo que es un área que está ... no explotada en nuestra profesión</p>	<p>34. La educación es una herramienta muy importante, que no se valora mucho cuando se es joven porque se interesa más por la técnica, pero cobra mayor realce a medida que se tiene más experiencia.</p> <p>Para ser educador tiene que haber compromiso por los educandos, feeling.</p> <p>Es un área no explotada en la profesión enfermera.</p>
<p>35. las enfermeras del APS se viven quejando de que no tienen tiempo pa'ser tanta visita a domicilio porque además tienen otras cosas que cumplir en el mismo consultorio, así que no lo hacemos porque estamos destinadas a la atención cerrada, entonces al final quién lo hace? Cómo chequeas el autocuidado en el domicilio, por eso es que hay tanto reingreso</p>	<p>35. Las enfermeras del APS no hacen visita domiciliaria por carencia de tiempo, las enfermeras atención secundaria no realizan visita domiciliaria por estar pendientes de la atención cerrada.</p>

3. *Análisis Ideográfico: Ejemplo*

DISCURSO 06

La percepción del concepto de educación para la salud es amplio, involucra al paciente y su familia; las enfermeras entregan las herramientas para favorecer el autocuidado. Sienten que la institución de educación superior que las formó como profesionales les inculcó el concepto ligado a la atención primaria y no a la hospitalaria.

Emerge la idea de la educación como herramienta para el ejercicio profesional, que se visualiza después de años de experiencia en el campo laboral; están concientes de los obstáculos que tienen que vencer para concretizarlo, pero es una necesidad sentida.

El tema docente – asistencial para las enfermeras es muy valioso, ya que el recurso “interno de enfermería” es su prolongación en el tema de gestionar la educación para la salud con los usuarios hospitalizados, aportando no sólo su tiempo, sino además su disposición, innovación, técnicas educativas y tecnología de la información.

La participación de la familia en la educación para la salud es percibida como una retroalimentación necesaria para continuar con el proceso de fomentar el autocuidado en salud, a pesar de las barreras socio-culturales presentes en ellos. Se ve una dicotomía al respecto, ya que una vez que el paciente se va de alta, el familiar regresa al otro día preguntando de la educación ya recibida. Existe una necesidad sentida de mantener una coordinación con la atención primaria de los pacientes que se van de alta, para prevenir los reingresos de los adultos mayores o adultos medios postrados, y al mismo tiempo asegurar una calidad de vida al usuario en su hogar. Para lo cual piensan en crear un protocolo de instrumento que les facilite la gestión de esta coordinación.

La enfermera se siente responsable de no poder llevar a cabo la educación para la salud en la atención cerrada, y propone la creación de un cargo para un profesional enfermera dedicada exclusivamente a la educación para la salud del hospital.

CAPÍTULO IV

Construyendo los Resultados

CAPITULO IV

Construyendo los Resultados

A partir de las vivencias de las enfermeras asistenciales en su ejercicio profesional, se develó el fenómeno del significado que estas enfermeras del estudio otorgan a la educación para la salud. Este involucra seis aspectos esenciales, que sintetizados en categorías, corresponden a:

CATEGORÍA 1: Concepto de Educación para la Salud

Las enfermeras clínicas definen Educación para la Salud como un concepto amplio que involucra al individuo y a la familia, para que aprendan determinados conocimientos. Es un proceso que debe iniciarse en la atención primaria y no sólo implica la entrega de conocimiento a pacientes y familiares sino también la entrega de herramientas preventivas para el autocuidado en enfermedades crónicas y hábitos nocivos.

La enfermera como un ser-en el-mundo es también un ser-con, en cuanto co-pre-sencia que viene al encuentro de otros en el mundo. De este modo no sólo se ocupa del otro, sino también se preocupa con el otro. Esta solicitud, o preocupación, esta educación, se puede presentar de manera inauténtica o auténtica(9). Cuando es inauténtico, la enfermera asume la educación, o sea, hace las cosas, piensa las cosas, descubre las cosas por el paciente, no le permite encontrarlas por sí solo, no le permite construir su conocimiento:

“Educación para la Salud, significa enseñar al individuo a estar sano con hábitos de vida saludables, sin tabaco, mantener actividad física, comer sanamente, evitar la obesidad. Educar desde que empieza el niño a ir al colegio, para una buena salud, para mantenerse sano para no caer en la enfermedad”. E4 (4)

De acuerdo con la OMS (1998), el concepto Educación para la Salud es definida como una actividad educativa, diseñada para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar los valores y habilidades personales que promuevan salud.

Además otras autoras la definen como un proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas, estilos de vida saludable, a través de la integración y participación de la persona en el proceso de su salud. Esto se logra gracias al fomento de la

autonomía y participación en la toma de decisiones, en otras palabras al involucramiento y responsabilidad por el propio bienestar (Mazarrasa, L. 2002).

La enfermera clínica asocia el concepto educación para la salud con la atención primaria y los hábitos de vida saludable, lo cual queda ejemplificado en la siguiente unidad de significado:

“La Educación para la salud se enfoca hacia la atención primaria, por ahí debe partir todo, para no tener una población tan enferma como la que tenemos, Educación en cuanto al autocuidado, alimentación, higiene, prevención o manejo de las enfermedades crónicas, ahí esta el foco de la Educación para la Salud”. E4 (1)

Las entrevistadas perciben que la educación para la salud es responsabilidad de enfermería, porque dicho profesional es el último que interviene con el usuario previo al alta, y que entrega las herramientas necesarias para favorecer su autonomía en salud.

“Creo que es súper importante, tanto para el paciente como para los familiares. Porque al educarlos tú les estás dando una herramienta de qué es lo que les pasó, y para que sepan qué es lo que tienen que hacer, por qué hay pacientes que han llegado con accidente vascular y que se van a la casa postrados o con limitaciones, entonces la familia se va asustada. Entonces al educarlos y explicarles que no es tan terrible la cosa y darles herramientas para que puedan manejarlo, los hace irse más tranquilos” E5 (4)

Al respecto Duque (2002), en su Enfermería y Cultura: espacio de encuentro para el cuidado de personas y colectivos señala que, la enfermera consolida su identidad como profesión en el campo de la promoción de la salud, en el cual la calidad de vida y el bienestar se constituyen en la razón de ser del desarrollo de intervenciones orientadas hacia el esfuerzo colectivo por llevar la salud y la vida humana a un plano de dignidad.

Por otra parte Milos, Larrain y Simonetti (2009), hacen referencia a que la responsabilidad del profesional enfermera es y ha sido el cuidado de las personas en situación de vulnerabilidad de su salud, esto es un espectro amplio que va desde la prevención de la enfermedad hasta el cuidado de la persona enferma en su estado más crítico, cubriendo la totalidad del ciclo vital, considerando al individuo, familia y comunidad.

Finalmente Rochera, (1998) manifiesta que la educación sanitaria del paciente no ha sido siempre una prioridad para los profesionales de la salud. Afortunadamente de forma gradual, bajo el impulso de las demandas profesionales y legales de responsabilidad para la enfermería, nuestra filosofía en relación con el “derecho a saber del paciente” ha cambiado. El proceso de enfermería establece actualmente que la educación del enfermo y de su familia, en lo que concierne a los problemas y mantenimiento de la salud, es también una responsabilidad fundamental del profesional de enfermería. Según Virginia Henderson, citado por Rochera (1998), para tener salud es necesario disponer de información. No se puede tener salud si no se sabe conservarla, mantenerla o recuperarla.

Queda reflejada en el discurso de las enfermeras la relación de la profesión con la educación y su responsabilidad en la conexión de ambas por el bienestar del paciente.

“El concepto de educación a mí me viene de la experiencia, porque no tuve la cátedra de Educación, entonces, la enfermería siempre tiene que ir unido a la educación , uno es la última que ve un paciente cuando se va y se supone que tenemos que tener claro que no tenga duda y que eso signifique menos riesgo”. E1 (10)

Además, en el discurso reconocen que educar no es informar, ni aconsejar o persuadir, para lograr comportamientos prescritos por el personal de salud, sino más bien, facilitar que las personas desarrollen capacidades que les permitan con conocimiento, tomar decisiones conscientes y autónomas sobre su propia salud.

“Es un concepto amplio, que si uno va de lo más sencillo a lo más complejo uno pudiera decir que se educa a la familia y al paciente para que aprendan determinadas cosas, eso tiene una trascendencia mayor y un proceso, no solamente implica entrega de contenidos educativos, sino que implica que los familiares y los pacientes asimilen lo que nosotros les queremos entregar para efectos del autocuidado. Nosotros entregamos varias herramientas para que el paciente después en su casa pueda seguir atendiéndose”. E6 (1)

Las enfermeras señalan que, el concepto se inicia en el pregrado con la teoría y se va fortaleciendo en la práctica diaria del internado y luego con el quehacer en el campo laboral.

La gestación del concepto educación para la salud es paulatino a lo largo de la vida profesional, se va formando y asimilando con la experiencia. Requiere de un esfuerzo, una toma de

conciencia para lograr integrar sus elementos y verlo como un todo desde el ingreso del paciente en su estadía hospitalaria.

De acuerdo a la formación universitaria, Milos, Larrain y Simonetti (2008), señalan que la universidad puede y debe satisfacer el deseo innato por saber más. Cuánto más se sepa, más se aprecian los resultados del saber. El concepto de formación basado exclusivamente en la adquisición de competencias técnicas y prácticas es válido en la formación de técnicos en enfermería. Las enfermeras, en cambio, deben recibir una formación que les aporte, además de la solidez científica requerida para enfrentar los actuales desafíos, competencias transferibles tales como la reflexión crítica, la toma de decisiones y la capacidad de actuar de forma competente, innovadora y autónoma.

“El término se empieza a gestar en la Universidad cuando le pasan lo que significa la Educación para la Salud, yo siempre lo había asociado más a consultorio cuando estuvimos en el internado de salud comunitaria en Hijuelas, como que hicimos harto planificamos diferentes tipos de educación, en diferentes ámbitos fue bien entretenido”. E3 (1)

Al respecto, Leonello y Oliveira (2008), señalan que durante la formación inicial, la alumna de enfermería necesita tener contacto con diferentes técnicas grupales, apropiándose de los conocimientos y habilidades necesarios para realizarlas en los servicios de salud. Es necesario, entre tanto, entenderlas como medios para alcanzar una finalidad y nunca como una finalidad en sí misma. Las técnicas grupales pueden ser usadas para promover y viabilizar el dialogo como estrategia de transformación de la realidad de la salud.

En el discurso se percibe una brecha entre la teoría y la praxis en la gestación del concepto educación para la salud. El profesional enfermera visualiza una diferencia entre la formación de pregrado referente al área educativa con la ejecutada durante su ejercicio profesional.

“Este tema se va gestando desde la Escuela y con la práctica diaria, porque uno cuando sale de la Escuela tiene la visión, que es saber como la teoría, lo que va a requerir, a quién uno le va a entregar un proceso educativo de qué manera, pero cuando lo hace después en la práctica hay muchas cosas que se me olvidan, no las veo globalmente, pero uno trata de que sea como un proceso en el que están todas las variables involucradas, saber a qué tipo de personas

*vamos a dirigir esa educación, para saber hasta con qué lenguaje
hacerla”. E3 (9)*

Un estudio desarrollado por enfermeras de la Universidad de Sao Paulo que profundiza sobre la interfase entre la enseñanza y la asistencia de enfermería en su dimensión educativa, revela en sus resultados una síntesis de competencias para la acción educativa de la enfermera. Una de ellas se refiere a articular la teoría y la práctica. Para promover la integralidad del cuidado también es necesario articular teoría y práctica, o sea, conocimiento y práctica necesitan ser constantemente aproximados y confrontados, con el objetivo de construir una verdadera praxis en la atención a la salud y en las prácticas educativas. (Leonello y Oliveira, 2008).

Además, Leonello y Oliveira (2008) señalan que, la praxis constituye un proceso de acción y reflexión que tiene el potencial de transformar la realidad; ejercitarla en el cuidado a la salud, en lo que se refiere a las acciones educativas, implica hacer del trabajo de enfermería una práctica reflexiva, que cuestiona y que tiene el potencial para transformar la realidad en salud y promover la integralidad del cuidado.

*“Creo que fue super lento la construcción del concepto en mí,
recién, después de haber pasado muchos años me pude dar cuenta
del aporte que uno puede hacer en la Educación, porque en mi nivel de
pregrado nos enfocamos a cosas, más que en la educación. Creo que
los niveles de la educación son limitados y estructurados, y creo que
no debe ser así, uno tiene que abordar desde el principio todo, como el
tiempo no lo amerita, entonces hay que abordar todo, yo por ejemplo si
estoy haciendo una técnica y tengo una familia ahí, explicar y explicar
y abordar la patología, tratar de hacer todo como en un solo momento,
uno empieza como estructurada como a hacer las cosas y cuando uno
tiene esa mentalidad como que le cuesta al final integrarlo todo”. E8
(18)*

Al respecto, Chocarro, Guerrero, Venturini y Salvadores (2004) en su análisis de la identidad profesional a través de la competencia educadora de la enfermería, señalan que la función educativa se ve influenciada por la falta de formación en educación, pues necesita saber anticipadamente cómo llevar a cabo una correcta educación en salud, considerando los conocimientos previos que posee el usuario y el principal cuidador de éste, que en algunas ocasiones, corresponde a la única red de apoyo que posee.

Con respecto a este último factor podemos decir que las enfermeras reciben una formación de pregrado centrado en el desarrollo de técnicas, situaciones patológicas y urgencias, insistiendo poco en el desarrollo de otras competencias.

CATEGORÍA 2: La Educación como herramienta para el ejercicio profesional

En el discurso las enfermeras clínicas manifiestan que existen factores del contexto socio-demográfico que influyen en la entrega de la educación para la salud: como las creencias, costumbres y hábitos de los pacientes; el gran porcentaje de adultos mayores atendidos, y su condición de postrados.

“Creo que el que tengamos un gran porcentaje de adultos mayores con enfermedades crónicas...influye en la educación que se le entrega ya que ellos tienen sus culturas sus hábitos, no creo que ellos les de ganas de cambiar su forma de vida, creo que cuando los pacientes jóvenes, se ven con alguna enfermedad que los limita un poco, empiezan a preocuparse de su estilo de vida, pero los adultos mayores, casi todos vienen con un deterioro orgánico, es complicado en los adultos mayores entregar una información, uno puede hacerlo, quizá organizándose, pero de ahí a que sea tan efectivo, no, no lo creo...” E2 (11)

Coincide con lo que afirma Chocarro et al. (2004) en su análisis de la identidad profesional a través de la competencia educadora de enfermería, señalan que la función educativa se ve influenciada por el bajo nivel socioeconómico y cultural de los pacientes, que dificulta, en algunas ocasiones, la comprensión por parte de la población atendida respecto de la importancia que tiene en el proceso patológico cambiar hábitos no saludables.

“La población que nosotros atendemos, socioculturalmente es muy básica, la escolaridad está limitada. Hay una serie de barreras culturales y socio-culturales, es en esta realidad en la que nosotros debemos caminar” E6 (8)

En su vivencia diaria, las entrevistadas perciben que el modelo de salud actual demanda dentro de sus compromisos de gestión, educar a los usuarios que pertenecen al sistema sanitario para contribuir a la disminución de desigualdades en salud y prestar servicios acordes a las expectativas de la población, favoreciendo y promocionando el autocuidado.

“Esto tiene que ver con la atención integral de la reforma, porque además ellos pidieron, cuando se estableció el tema del Hospital Amigo, ellos dijeron: nosotros queremos que el paciente y la familia, se vayan preparados en administración de medicamentos orales, en

prevención de caídas, en prevención de úlceras por presión, es una obligación y sobre ese listado, tú tienes que ampliarte, porque de repente puede que el paciente tenga necesidad de mucho más, que esos cuatro o cinco ítem, que te pide el ministerio” E 6 (17)

En el contexto de la reforma de salud en desarrollo en Chile, la educación se ha transformado en una meta clave para las organizaciones y establecimientos hospitalarios. Esto genera reflexión sobre la forma en que se desarrolla el proceso educativo en los distintos niveles de atención, siendo las ideas centrales: la educación en salud es un estándar central en la atención de salud de cualquier organización prestadora de servicios; la educación es un proceso que genera un resultado que es de valor para el usuario; la educación puede considerarse como ventaja competitiva de la organización. Por lo tanto la importancia de la educación radica en fortalecer conductas que apoyen y complementen la prevención, recuperación y rehabilitación de las personas. (Hernández y Robles. 2007).

En el discurso se percibe la necesidad de actuar frente a la necesidad de educación para la salud en la institución hospitalaria, y aunque existe apoyo implícito desde la subdirección de enfermería, a la institución le falta discernimiento para concretarla.

“Hay colegas que son más inquietas en los temas, más innovadoras, más creativas, y otras colegas que viven la latencia, Van Buren tiene alrededor de 120 a 140 enfermeras, yo diría que no son más de 20 enfermeras en un volumen enorme de otras profesiones. Ahora ¿qué pasa a nivel de nuestra coordinadora, o de nuestra subdirectora de gestión?, ella está conciente del tema y engancha con nosotros, pero este carro no lo puedes tirar sola, hay que saber también buscar redes de apoyo” E6 (24)

“El hospital no está preparado todavía para eso, porque yo creo que siempre pensamos que queda como tarea exclusiva del APS” E6 (27)

Cada una de las entrevistadas tiene una forma de educar diferente, no existe un protocolo estandarizado que permita llevar a cabo un programa educativo institucional.

“Ha medida que corresponde educarlo, lo educó si hay un tríptico, uno le pasa un tríptico, hay que explicarle el procedimiento, para lo que sirve, explicarle la técnica. Se educa a los familiares y

tiene que ver la técnica por lo menos un par de veces antes de irse de alta, entonces son individuales de cada paciente, no es que eduquemos a todos los familiares” E5 (10)

“Empecé a hacer trípticos, enseñando a la familia qué significaban los circulitos, que tienen los pacientes en riesgo moderado y alto. Y en las Altas por ejemplo también, en la entrega de indicaciones, es como súper complicado, uno podría darse más tiempo para explicar por último para qué sirve el reposo, el régimen. Ahí también hay un punto que hay que fortalecer, las Altas están como muy...`light`, entregamos las indicaciones rápido, y si puede además tratamos de ser bien prácticos”. E7 (10)

Incorporar la educación para la salud en la rutina de la atención diaria es una necesidad sentida en el discurso de las entrevistadas, manifestando la urgencia de una planificación de la misma dentro de su organización, a pesar de los factores limitantes que se suscitan.

En el discurso queda de manifiesto que se entrega educación en dos instancias: durante la hospitalización y en el momento del alta.

“En realidad del 1 al 7, nos falta “re-mucho” que hacer, yo diría que vamos como en un 3, de partida establecerlo como una rutina permanente, o sea dentro de nuestra organización, de nuestra planificación, tener horario o un día establecido de la semana, para este tipo de labor” E6 (30)

En relación a los temas a abordar en la educación, Souza, Wegner y Gorini (2007), hacen referencia a que la educación en salud practicada en los servicios se encuentra todavía centrada en las personas enfermas o en aquellas susceptibles a alteraciones de su estado de salud; a su vez, el profesional dirige sus acciones para los individuos que buscan los servicios de salud por alguna posible patología.

Lo cual en nuestro estudio queda evidenciado, en el discurso de las enfermeras mencionando que educan principalmente en técnicas relacionadas con enfermedades crónicas que presentan sus pacientes, preparándolos de esta forma para el alta y asegurando su estabilidad en el domicilio.

“Educamos cuando estás preparando el alta si llega un paciente descompensado, desde el minuto uno que conoces al paciente ya empiezas a indagar qué sabe, cómo se maneja, ese es el minuto uno.

Los pacientes crónicos son los que tienden a reincidir en las hospitalizaciones, los accidentes cerebro-vasculares, que son los cuidados a futuro. ¿Qué es lo que se puede esperar del paciente?, ¿Como va a ir evolucionando? Desde que conocemos a la familia casi al día siguiente de llegado el paciente, se tiende a hacer precozmente, pero se da mayor énfasis el momento del egreso, y eh, además cuando hacemos alguna técnica con el paciente, ahí aprovechamos de recalcar algunas cosas: paciente hipertenso, con respecto a la dieta, al diabético el régimen” E4 (17)

Algunas entrevistadas vivencian la educación en el ejercicio profesional, como un proceso al individuo y familia durante su hospitalización, hasta tener la certeza de que manejan los temas abordados.

“Tratamos de clarificar las reglas, si sabemos que el paciente empezó a usar insulina, hay que enseñar al familiar que se va a ir con este medicamento a su hogar. Enseñarle a aplicarla es un proceso, no en el momento del alta, sino desde que el médico se lo indica. Es un proceso, en el que hemos ido poniéndonos de acuerdo con el médico, si sabe que el familiar todavía no ha aprendido o no tenemos la seguridad de que el paciente sabe, el momento del alta se prolonga. La idea es, que cuando el paciente se vaya de alta, nosotros tener la seguridad y la certeza de que maneja la técnica, eso es responsabilidad nuestra, y que lo tenemos que coordinar también, con ellos y no solamente el momento del alta”. E3 (14)

Otros discursos declaran que brindan educación sólo al alta del paciente, debido a la falta de oportunidades y a la carga asistencial.

“El momento que podemos educar es en el alta, cuando se le entrega la documentación, cuando se le entrega los medicamentos, tampoco muchos se manejan, uno aprovecha de entregar un poco de educación respecto a su enfermedad, medicamento, el régimen, el reposo es super complicado en un hospital con todo”. E2 (6)

Las enfermeras clínicas revelan que el tiempo destinado a la educación debe compartirse con la carga asistencial, y muchas veces la educación es interrumpida por los acontecimientos asistenciales de urgencia que se presentan en el ejercicio profesional.

“En una escala de 1 a 10, le daría tal vez un 5.5 a la educación para la salud real, porque no siempre está el tiempo necesario que uno quisiera para educar, estamos siempre tan a la carrera haciendo tanta cuestión tratando de tapar los hoyos eso es tan propio de la enfermera, para que nada falle por tanto tú pega, te queda poco tiempo para hacerla porque hay que llenar mil papeles que se les ocurre cualquier cantidad de cosa actualmente, hay poco tiempo para estar con el paciente” E4 (16)

“Es muy complicado educar en un hospital o en un servicio donde hay mucho paciente que uno está a cargo” E2 (2)

Al respecto, Chocarro et al. (2004), en su análisis de la identidad profesional a través de la competencia educadora de la enfermería, señalan que la función educativa se ve influenciada por diversos factores, puesto que el medio hospitalario no ayuda en la puesta en práctica de la educación en salud, como la jornada laboral y la falta de tiempo, debido a que condiciona la realización de ésta, es decir la disponibilidad de tiempo limita la labor educativa; la presión asistencial, entendida como la exigencia del equipo de salud y usuarios para la realización de procedimientos; bajo reconocimiento de los usuarios internos y externos y la multiplicidad de funciones.

CATEGORÍA 3: Contando con recursos para educar

Existe una necesidad sentida de contar con recursos humanos para educar en el hospital, las enfermeras valoran positivamente, el recurso interno de enfermería en la participación activa de la educación para la salud de la unidad de gestión, gracias a su condición de campo clínico docente. Lo cual queda ejemplificado en las siguientes unidades de significado:

“Internos de quinto año estuvieron con familiares enseñándoles el cuidado de paciente postrado, baño en cama, todo lo que son las técnicas de enfermería básicas, no siempre nos resulta bien, porque no siempre están todos con la disposición para hacerlo, pero cuando ellos están, creo que hay que aprovecharlos también”. E3 (6)

“Ha sido muy interesante el trabajo con los internos, que hayan hecho esto y hayan juntado grupos de familiares con intereses comunes en el 2008. Creo que fuimos el único piso, porque ha habido internos en otros lugares del hospital. Pero internos que hayan agrupado a familiares, con intereses comunes, para entregar contenidos que afecten al autocuidado, diría que no, porque es un tema fuerte que tú lo exiges mucho en la atención primaria”. E6 (25)

Se hace manifiesto en el discurso, la carencia del profesional enfermera en el desarrollo de la educación para la salud a nivel hospitalario, lo cual ocasiona una ineficacia de ésta.

“no se puede dar en realidad, porque hay poco personal, pocas enfermeras los pacientes están cada vez más complejos, como que uno no da abasto, con todo lo que hay que educar, a uno siempre se le van cosas que debiese educar a nivel primario”.E8 (7)

Se percibe en el discurso la importancia dada al entorno físico donde se realizara la educación, el cual debe ser confortable, iluminado, cómodo y digno; para lograr una recepción adecuada del mensaje. Lo cual queda ejemplificado en las siguientes unidades de significado:

“Y la forma de educar, yo creo que es complicado cómo poder, en un servicio de hospitalizados poder hacer una educación yo creo que aquí habría que educar a los familiares, y para eso, tendríamos, que tener un entorno, especial para poder educar en una sala no se puede, en una oficina chica tampoco para dar esas educaciones a los

familiares , más interactivo, no tanto escrito, los folletos y los encuentros bastante prácticos educar llega más que un dibujo bonito hacer los centros de personas de alguna enfermedad entonces ellos hablan así como en círculo, de sus experiencias quizás esa es la forma de poder entregar algún tipo de educación creo que si es participativo para todos que alguien hable narre su experiencia". E2 (17)

"Estamos con pocos profesionales trabajando día a día y con muchos pacientes, tampoco existe una salita adecuada, no hay lugares destinados para que se reúna a los familiares y reciban contenidos, un lugar digno, cómodo, iluminado, confortable". E6 (20)

La falta de privacidad, los medios audiovisuales insuficientes y el poco espacio físico dificultan la educación para el auto cuidado en el ambiente hospitalario (Silva, 2008)

Las enfermeras coinciden en señalar que el mejor horario para llevar a cabo la educación para la salud es durante la jornada de tarde.

"Pienso que el mejor horario para educar es en la tarde porque en la mañana es como un poco caótico" E3 (11)

Las entrevistadas distinguen como significativo el material de apoyo entregado al usuario, producto del proceso educativo para la salud. Ya que de esa manera el individuo y familia puede reforzar en el hogar lo aprendido. Lo cual queda ejemplificado en las siguientes unidades de significado:

"Nosotros usamos muchos trípticos en el área caídas por ejemplo están los pacientes con un alto riesgo de caída tienen un logotipo rojo con menos riesgo tienen un logotipo amarillo llega la familia y está escrito todo lo referente al logotipo rojo y al logotipo amarillo. Para prevención de escaras tenemos un tríptico donde está registrado todas las actividades que se lo entregamos a los pacientes también de sonda foley, de diabetes, de insulina, entregamos el folleto primero y después empezamos con la parte práctica". E1 (7)

"Tenemos un diario mural, eso también es trabajo de internos, ellos lo trajeron de partida físicamente, y después todo lo que está ahí como material educativo y está orientado al autocuidado, salieron unos

aíches muy buenos, que tienen que ver con manejo de catéteres, otros tienen que ver con prevención de úlceras, la prevención de las caídas, uno ve que la gente entra y lo mira y ahí queda, y queda harto rato porque de repente no pueden entrar a la sala al tiro, entonces no tienen nada más que hacer que ver el diario mural, y eso también les va entrando, una mañana pude observar, cómo una señora le comentaba a la otra: "oye, esto con mi mamá yo lo manejé así... ella era portadora de un accidente vascular, y en realidad, yo le cambiaba de posición de la misma manera" E6 (28)

Las enfermeras señalan el alcance que tiene la técnica grupal, entre pares, formación de grupos unidos con un objetivo común, en la educación para la salud.

"La educación es una herramienta barata, ha sido muy interesante, por ejemplo cuando hemos estado con los internos, al final a uno siempre le dijeron en la Universidad: lo que más aprende el otro es lo que te cuentan por experiencia, otro que ya vivió el tema, o sea eso es barato hacerlo, basta que tú tengas una salita, reúnes a la gente, se prepara material educativo, se le entrega y el impacto es grande". E6 (19)

De acuerdo con Chaves, citado por Leonello y Oliveira (2008) en su estudio de competencias para la acción educativa, la enfermera necesita apropiarse de técnicas pedagógicas, utilizando el diálogo como una estrategia para transformar la realidad de la salud, en especial las técnicas grupales, definidas como un conjunto de procedimientos que, aplicados a una situación de grupo favorece la consecución de los objetivos grupales: cohesión, interacción, productividad y gratificaciones grupales.

En el discurso emerge una necesidad sentida de ser capacitados en educación para la salud, manifiestan un descontento por la carencia de recursos para educar, incluyendo métodos y técnicas educativas.

"Al educar, considero que es importante entregar a los pacientes información de lo que les está sucediendo pero no hay tiempo, no hay recursos, no hay un lugar adecuado para entregar una educación, ni siquiera nos capacitan, creo que partiendo por capacitarnos sobre como educar sería bueno nuevos métodos de educación, sería importante". E2 (19)

En razón a lo expuesto, Machado y Vieira (2009) en su estudio educación en salud señalan, que los equipamientos tecnológicos citados por los profesionales pueden no ser simbólicamente visibles para los usuarios, tal vez lo que es simbólicamente sensible para estos sea escuchar la noción que, dentro del contexto de vida que él tiene, existen otras personas viviendo en situaciones semejantes a la suya, ahí sí, en la discusión y contextualización del hecho, el grupo puede crecer y desarrollar un proceso de aprendizaje de salud y ciudadanía.

CATEGORÍA 4: Participación de la familia/comunidad en la Educación para la Salud

El profesional enfermera manifiesta en su discurso, no sentirse preparado para asumir el concepto “Hospital Amigo” emanado del Compromiso de Gestión 2009 (MINSAL, 2009), lo reconoce como una fortaleza y también como una amenaza para la atención asistencial diaria. Señala que no se cuenta con los recursos necesarios para llevar a cabo la prestación en su totalidad.

Emerge la idea de que la familia no utiliza esta instancia para el autoaprendizaje y apoyo del usuario, sino que la considera un descanso de los cuidados que requiere el familiar en el hogar. Lo cual queda evidenciado en las siguientes unidades de significado:

“Con esto del Hospital Amigo, vemos que se favorece la relación con la familia, con buena disposición de parte de ellos, aunque no siempre es así, porque a veces también lo entorpece. Ya que, no siempre todas las personas están dispuestas a participar en el cuidado del enfermo, el hecho de tener al paciente en el hospital es como cargar la responsabilidad al personal de salud. Creo que es deber del familiar aprender todo lo que se está haciendo, no solo dejarle la responsabilidad al personal de Salud, pero no se entiende que tener al paciente acá no es sinónimo de que ellos no puedan colaborar Porque al irse de alta, lo van a tener que hacer ellos. Por lo tanto la prestación hospital amigo favorece en algunos sentidos y desfavorece en otros, depende mucho de la disposición que el familiar tenga como para cuidar a su enfermito, y de los recursos con los que contemos para ello”. E3 (12)

“Por ejemplo la gastrostomía se enseña a la familia, lo que más educo es en el programa de caídas y curaciones. Generalmente las curaciones se realizan en la tarde para hacer participar a la familia, la idea es que se lleven a su familiar y lo cuiden en casa, se puede utilizar esa herramienta para la educación”. E7 (12)

“Yo trato de que ellos hagan esas cosas, pero aquí están como bien reacios a los familiares, porque, ha sido complicado, los familiares llegan muy a la defensiva. Nos hemos pasado al otro extremo de querer incluir a la familia en los cuidados, pero la familia ha llegado a demandar al personal hospitalario con todos los cuidados. Han pasado de un punto al otro, no hay un equilibrio y eso implica que

los funcionarios están más reacios a la familia, y eso influye en la educación que uno puede dar". E8 (11)

Las Enfermeras perciben que la educación efectuada se concentra en el adulto mayor. Emerge la idea de una falta de apoyo familiar y social con el usuario en el proceso de alta y postalta, que se manifiesta con un comportamiento evasivo del familiar, para asumir los cuidados del paciente en el hogar frente a la responsabilidad el reingreso de pacientes crónicos y/o postrados.

Lo cual queda ilustrado en las siguientes unidades de significado:

"La gente ahora está tan como negativa, que para que accedan a participar, a veces se pone difícil muchas veces dejan botados a los pacientes, no vienen en un montón de días, entonces puede que tengan sus dificultades. Tenemos pacientes postrados no tienen nada, mucho adulto mayor, entonces uno no saca nada con explicarles a ellos, y a los familiares" E5 (12)

"Falta explorar un poco qué pasa a nivel de la comunidad, por qué la gente engancha o no engancha, o se desentiende del adulto mayor y en el fondo dejan que el sistema se haga cargo, llega el momento del alta y desaparecen. No se lo quieren llevar para no asumir estos cuidados, por qué la gente se escabulle este tipo de responsabilidad, tú puedes tener buenas ganas e intenciones pero si no se dan esas otras situaciones, fracasas" E6 (21)

"Hay pacientes postrados que se van en las mismas condiciones a su casa, o sea la enfermedad aguda se compensa un poco, pero se van igual de postrados a quién le explicamos ahí? al paciente no le podemos explicar, porque no está conciente, o no está en condiciones de poder entregarle una educación. A los familiares lo que uno alcanza a decir con suerte son 5 minutos, están tan apurados por irse, ansiosos de llegar a su hogar que lo que uno les dice, no lo entienden, llegan al otro día incluso preguntando". E2 (7)

"Es súper importante para ellos, con todo lo que preguntan, hay cosas que preguntan, uno cree que son de perogrullo uno se pone en el lugar del familiar que no entiende nada de esta área, si ese es el problema, porque a veces uno está tan metido en esta cosa, es tanta

*la carga de trabajo que uno a veces se olvida verdad que esta persona
no tiene por qué entenderlo tienen por qué saber lo mismo que se yo”
E5 (5)*

Según Nietzsche, citado por Machado y Vieira (2009), la participación es un acto procesual de conquista del sujeto en la construcción colectiva. Se comprende la participación como un proceso que implica conquista, compromiso, participación y compartir; posibilitando al individuo formar una conciencia crítica sobre la realidad en la cual está actuando y, de esa forma, volverse un ser autónomo y emancipado, pudiendo tomar decisiones que afecten, no solamente su vida, también la de su familia y de la colectividad. En esa concepción, se encuadra un sujeto ciudadano, idealizado y deseado para la realización del proyecto de la promoción de la salud.

Ya en la primera conferencia internacional de salud, a través de la Carta de Ottawa (Organización Panamericana de la Salud, [OPS] 1986), se mencionó que la educación en salud y la participación de los usuarios son elementos esenciales para que los cambios personales y estructurales ocurran en las acciones de promoción de la salud.

“Uno trata de educar en el horario de visita generalmente, en la tarde, que todo depende de los pacientes si hay un paciente delicado, de repente no hay tiempo, en ocasiones está tan estresante el ambiente del hospital que uno no está. Porque la familia, les dice lo que hay que hacer, las mismas familias están agresivas, no logra como ponerse en contacto, entonces ese factor también nos dificulta la atención y la educación”. E7 (11)

Las entrevistadas detectan una dificultad en la capacidad de comprender del receptor, sea este el paciente y/o la familia debido a factores como edad avanzada, baja escolaridad, limitaciones sociales y económicas. Ello incide directamente en la recepción del mensaje educativo enviado al usuario, lo que conlleva a una interacción ineficaz en el proceso educativo. Lo cual queda revelado en las siguientes unidades de significado:

“Veo como la familia se aflige al no comprender las cosas que uno trata de decirle muchas veces uno se baja al nivel de los familiares, pero no es suficiente, llegan familias como que limitadas social, psicológicamente limitadas, económicamente, entonces llegan los familiares después a preguntarte cosas que uno les ha explicado, y que se les olviden, entonces da ese sentimiento de angustia en realidad, porque no puedo hacer nada”. E8 (14)

“Si el paciente no es capaz de entender, educamos a la familia y la idea es: a paciente y familia al mismo tiempo, sobre todo si son viejitos” E4 (3)

“Cuesta hacerles entender a la gente, muchas cosas, como por ejemplo qué la rigurosidad de horarios en la medicación las rotaciones de las insulinas la técnica del autocateterismo el uso de la gastrostomía tanta atención invasiva, tanto método invasivo con el que el paciente se va a la casa, cuesta que la gente, le pierda un poquito el miedo al manejo de esas cosas, y eso también es Educación” E4 (12)

“Creo a veces que uno tiene mucho que aportar a los familiares a los cuidadores, pero no depende solo de uno, sino que también depende del receptor al que le vamos a entregar la educación: la escolaridad baja, la edad avanzada, la esposa del caballero, es súper difícil, especialmente donde se va gente con gastrostomía que uno dice que es de fácil manejo pero la gente que llega aquí, familiares cuidadores, no tienen esas capacidades, entonces la gente se va deteriorando” E8 (5)

En relación a lo expuesto, Silva (2008) señala que las situaciones de enfermedad/hospitalización producen limitaciones en el nivel físico, emocional y cognitivo, repercutiendo en la capacidad para realizar las actividades de auto cuidado.

Se nota falta de conocimiento sobre como manejar la situación de salud-enfermedad, como también falta de capacidad.

Las enfermeras perciben como un valor agregado la educación para la salud al paciente y familia, ya que establecen un feedback continuo en el proceso, que les permite crecer a través de la experiencia y a la vez reforzar lo enseñado. Lo cual queda ejemplificado en las siguientes unidades de significado:

“Nosotros educamos a los pacientes uno la parte teórica, hacemos el procedimiento, luego ellos nos ven. Después al día siguiente vienen ellos, yo devuelvo la técnica, los interrogo sobre el folleto vamos evaluando y viendo que nos está fallando, el familiar, o el paciente y reforzar las carencias que vaya teniendo y hasta que, salga bien. Hay mucha escasez familiar, pacientes que no pueden cumplir

con todo porque no tienen todas las condiciones en la casa o donde está el paciente”. E1 (9)

“La educación para la salud implica que está involucrado el paciente, familiares y nosotros, como en un espacio de retroalimentarnos de lo que el paciente necesita, de lo que el familiar cree que necesita, que nosotros podemos aportar a eso”. E3 (7)

“Al final uno se termina retroalimentando, a través de la misma experiencia de los familiares, para ver hasta qué punto, eso que hizo en ese minuto fue efectivo o no efectivo” E6 (2)

De acuerdo con Wills citado por Machado y Vieira (2009), en su estudio educación en salud señalan que, los profesionales de la salud y usuarios son los actores sociales que están en continua interacción. Por lo tanto, el proyecto terapéutico debe incorporar acciones de cuidado a la salud que trascienda la clínica limitada a la cura de la enfermedad y valore el contexto, los determinantes sociales, la subjetividad del proceso salud-enfermedad, así como la inserción de los usuarios como seres activos, autónomos y participativos.

Al utilizarse el término proyecto terapéutico como itinerario para el plano de cuidados, se adopta la comprensión de que la promoción de la salud es la finalidad clave de la actuación de los profesionales de salud en todos los niveles de asistencia. Ese entendimiento requiere una visión multidisciplinar y compleja de una variedad de acciones, demostrando que los profesionales deben superar la visión tradicional y limitada de la educación, inclusive de pacientes en tratamiento, incentivándolos a adoptar cambios momentáneos o permanentes.

CATEGORÍA 5: Educando para mitigar el reingreso

Emerge una necesidad sentida de educar a los usuarios cuando están sanos, las enfermeras perciben que las personas internalizarían mejor los cambios de conducta y el autocuidado en el estado de no enfermedad. Lo que queda ilustrado en la siguiente unidad de significancia:

“Uno termina diciendo tantas veces lo mismo y la gente igual llega descompensada. Aburre estar diciendo siempre lo mismo, y viendo que no hay ningún resultado, siguen siendo el hábito, la costumbre, la cultura no hay cambio, a pesar de que uno puede educar a las personas. Me di cuenta lo importante que podría ser educar a las comunidades cuando no está enferma, ya que lo único que les preocupa cuando están enfermas es las pastillas, no les interesa saber mucho de lo que tienen, mientras se vayan compensados”. E2 (14)

De acuerdo con Machado y Vieira (2009), en su estudio educación en salud y su perspectiva del equipo de salud de la familia y la participación del usuario señalan, la participación de la clientela en las acciones educativas es pasiva y las sesiones son conducidas para únicamente transmitir informaciones de quien sabe (profesionales de salud) para quien no sabe (cliente). Esa forma de actuar en el proceso educativo alejó a las personas de la oportunidad de identificar sus problemas, reflexionar críticamente sobre sus causas y descubrir estrategias, superando los obstáculos en la dirección de la promoción de la salud a través de cambios en la propia vida.

A sí mismo emerge un discurso divergente al expuesto, en donde se manifiesta la vivencia de la educación para la salud al usuario enfermo, para prevenir descompensaciones, complicaciones y reingresos.

“En el área hospitalización, en el área clínica lo que hacemos acá es educar al paciente pre-alta dependiendo del tiempo es cómo lo vamos educando, respecto de sus patologías crónicas para que no tengan una reincidencia en sus hospitalizaciones. Hay mucha gente que es reincidente, porque no tienen una buena información con respecto al tratamiento, lo que es la enfermedad o no tienen alguien que les ayuden a entender lo que les pasa y cómo tienen que cuidarse, en general empezamos con los crónicos reincidentes una educación con respecto a la patología, en qué consiste, cómo manejar, cómo prevenir y les damos en el momento del alta el tratamiento, horarios,

dosificación, para qué sirve cada fármaco y como evitar complicaciones les entregamos algunos trípticos cómo cuidarse en domicilio” E 4 (2)

Al respecto, Souza et al. (2007), en su estudio de educación en salud: una estrategia de cuidado, señala que la educación en salud practicada en los servicios se encuentra todavía centrada en las personas enfermas o en aquellas susceptibles a alteraciones de su estado de salud; a su vez, el profesional dirige sus acciones para los individuos que buscan los servicios de salud por alguna posible patología.

El profesional enfermera revela en su discurso la esperanza de brindar educación para la salud en toda la red asistencial, manifestando que existe un número no despreciable de personas ávidas de ser educadas. Lo cual queda ejemplificado en la siguiente unidad de significancia:

“No creo que no haya trabajo en red, está lleno de gente por educar con necesidad, pero la enfermera no da abasto, la capacidad intelectual y económica de la familia, impide que sea eficaz y a parte hay una desconexión entre la atención primaria y la atención hospitalaria”. E8 (16)

De acuerdo con Nutbeam, citado por Machado y Vieira (2009) nos indican que, reafirmar la promoción de la salud como una finalidad del proyecto terapéutico implica transformar las instituciones de salud, como hospitales o unidades básicas de salud, en organizaciones saludables que desarrollen la cultura de valorizar a las personas, para que estas puedan participar y decidir sobre los planos de cuidados en cualquier nivel de asistencia a la salud.

CATEGORÍA 6: Ideas de cambio para educar

Las entrevistadas perciben la posibilidad de generar lúdicamente una lluvia de ideas de cambios que las ubica en un plano esperanzador frente a la problemática vivenciada, la escasa realización de su rol educativo en el fomento del autocuidado en salud. .

A nivel local emerge un discurso enfocado a la necesidad de recibir un aprendizaje en educación para la salud y por otro lado emerge la idea de concretar una técnica audiovisual masiva. En ambas es rescatable la actitud proactiva que demuestra el profesional enfermera respecto a la educación para la salud.

“Que hubiese capacitación en enseñarte a educar porque, nunca estaría demás, no creo que uno no pueda dedicar tiempo a la materia de la educación, piensan en el paciente, en la patología pero no... considerarán realmente lo que significa el recurso educación? E1 (15)

De acuerdo con Leonello y Oliveira (2008), en su estudio de competencias para la acción educativa, para enfermería es un desafío especial reconocerse como agente de transformación de la realidad en salud, lo cual significa redefinir su práctica asistencial promoviendo prácticas educativas.

“Tenemos programas educativos, tenemos material, que se ha ido creando, pasamos de los trípticos hacia los familiares, pero tenemos CD grabados de estos talleres educativos en que los internos, han dejado ahí toda su creatividad, la idea es que de repente vamos creando alianzas con las universidades, le he dicho a la coordinadora: me gustaría por ejemplo tener un televisor grande, con un pasa películas o pasa CD, donde esto que está hecho, uno lo ponga, entonces mientras la gente está esperando, en una salita de espera que pudiéramos acondicionar, entonces aprovechan el tiempo que ellos tienen ahí en esperar para que de a poco vayan integrando conocimiento del manejo de los pacientes”. E6 (29)

De acuerdo con Nutbeam, citado por Machado y Vieira (2009), reafirma la promoción de la salud como una finalidad del proyecto terapéutico, lo cual implica transformar las instituciones de salud, como hospitales o unidades básicas de salud, en organizaciones saludables que desarrollen la cultura de valorizar a las personas, para que estas puedan participar y decidir sobre los planos de cuidados en cualquier nivel de asistencia a la salud.

Las entrevistadas expresan la necesidad de crear un área específica dentro de la institución hospitalaria dedicada a la educación, de tal manera que tuviese dedicación exclusiva a la educación para la salud del paciente y familia.

“Es una herramienta que deberíamos usar más acá, pero acá debería haber un área específica, dedicada a la educación, acá en el hospital, porque uno no alcanza el tiempo, además hay tanto turno en el que uno no ve a la familia como a diario, no va viendo como los cambios”. E7 (5)

“Tendríamos que tener una enfermera en el hospital dedicada a este puro tema y que fuera una persona que reuniera familiares, y no tuviera nada que ver con servicio clínico, con manejar personal, con atención directa, sino que una enfermera a cargo de la educación del paciente y de la familia, pero una a cargo de todo eso, y así se podría respetar los plazos”. E6 (31)

“La idea es que ese instrumento tenga un tríptico de apoyo, y ese documento va a salir en triplicado. Que uno se queda en la ficha, el otro, el original al familiar, para que lo presente a la enfermera del APS, y un tercer registro, quedaría en el servicio de Salud, en calle Brasil, cosa que la enfermera que está a cargo del manejo de los consultorios, en forma obligatoria, agarre unos cuantos pacientes y cheque a las casas directamente si la APS está haciendo presencia en ese hogar para mantener un ciclo cerrado que de la casa vuelve para acá”. E6 (16)

Del discurso emerge la idea de crear un instrumento de gestión que garantice la coordinación del nivel secundario y primario de la atención del paciente, de tal modo que se fomente la continuidad del cuidado de enfermería.

“La colega del hospital, va a tener que tener un instrumento de entrega, en donde no solo va a ir el dato clínico del examen que está pendiente, sino: estos son los contenidos educativos que yo entregué, es un trabajo que vamos a hacer ahora porque tenemos que quedarnos con un respaldo, la gente acostumbra a decir: "a mí en el hospital, nadie me dijo esto", "la enfermera a mí nunca me enseñó esta

otra parte", entonces también eso va a ser una forma de quedarnos con un registro, nosotros nos dedicamos al tema de la Gastrostomía, al manejo de la prevención de las caídas, del manejo de las úlceras por presión, en la prevención, tantas cosas que uno entrega." E6 (15)

Las enfermeras refieren que todas las entidades que conforman la red asistencial poseen un rol fundamental en la continuidad de la atención. En el discurso se percibe una ausencia de coordinación entre los niveles de atención que conforman la red de salud, principalmente por parte de la atención primaria, lo que influye en el reingreso de los pacientes a atención secundaria.

"Lo otro que sería muy bueno que hubiera apoyo de la parte atención primaria, pero parece que los profesionales de la atención primaria están cortos en tiempo como para que lo que uno pueda enseñar acá, ellos poder supervisar el domicilio, porque podrías por ejemplo enseñar una muy buena técnica en auto cateterismo, y tú no sabes si en la casa lo van a hacer realmente bien o no, entonces ahí también se produce otro quiebre, lo ideal sería que fuera como en línea directa, que lo que tú enseñes acá, sea supervisado y mejorado en domicilio pero creo que no se va a poder porque también falta recurso humano en el APS y ahí se producen los quiebres y la gente, que se va con auto cateterismo regresan a los quince días infectado, porque o no se lavaron bien las manos o las condiciones de la casa no eran las más adecuadas". E4 (20)

"Nos damos cuenta de que mucho de lo que nosotros logremos entregar acá, y si se establece un continuo, la atención primaria debiera continuar con esto. Tú tienes que formar a la familia y al paciente, para efectos del autocuidado". E6 (4)

"Entonces no basta con la educación que uno puede dar a nivel hospitalario, sino que la cosa es que falta el nexo a nivel primario para lograr una educación para la salud buena, de calidad". E8 (6)

La profesional enfermera manifiesta como una necesidad social, el comenzar la educación para la salud en el periodo pre-escolar, y que esta formación sea apoyada en la familia.

"Lo ideal sería una educación desde los preescolares creo que se le está dando énfasis actualmente con la alimentación sana, el

ejercicio, la actividad física, los hábitos de higiene, desgraciadamente lo que los orientadores profesores empiezan a enseñar no hay un quórum en la casa, porque nuestra población está peor los niños no tienen un ejemplo a seguir en su casa, entonces se les provoca un quiebre no hay una buena orientación familiar que los siga orientando por la buena senda” E4 (19)

CAPÍTULO V

Vislumbrando Caminos

CAPITULO V

Vislumbrando Caminos

1. Significado que las enfermeras otorgan a la educación para la salud

Recopilando las experiencias de las enfermeras que se encontraban vivenciando su ejercicio profesional en el ámbito hospitalario, fui comprendiendo el significado que le otorgan a la educación para la salud, mediante los discursos obtenidos en cada entrevista.

Haciendo el análisis de las entrevistas, utilizando los momentos de la trayectoria antes descritos, realizando las convergencias de los discursos existentes y el análisis ideográfico, logr é elaborar un modelo, que facilitará el entendimiento del fenómeno emergente.

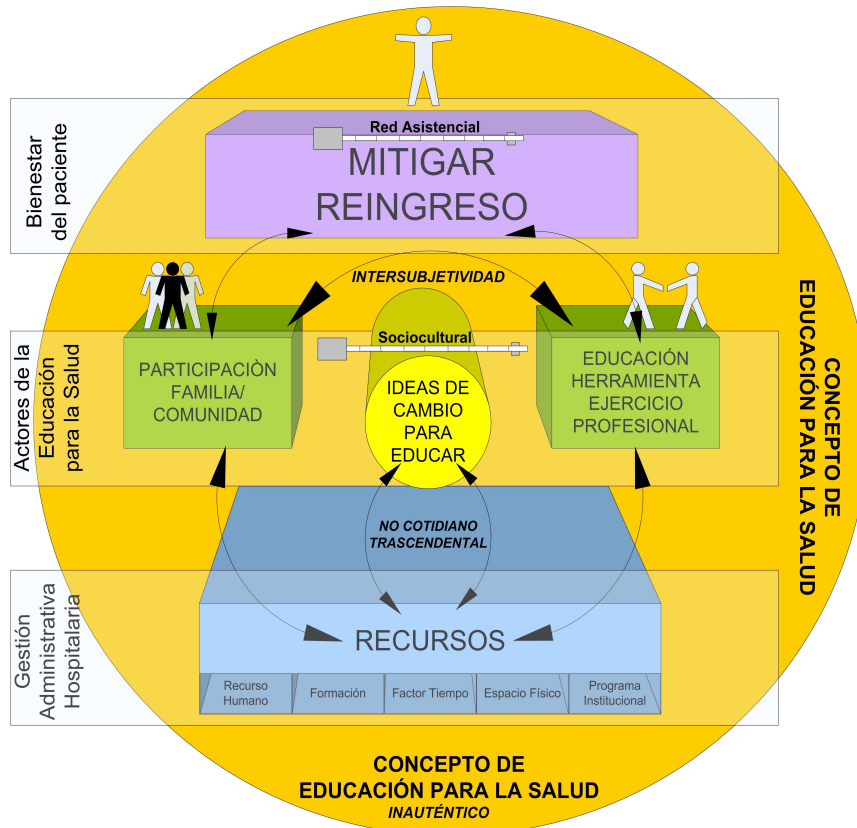


Ilustración 1: Modelo del Significado que las enfermeras otorgan a la Educación para la Salud en el Ejercicio Profesional

El Fenómeno:” significado que las enfermeras otorgan a la educación para la salud en el ejercicio profesional” develó seis categorías, que emergieron en este estudio.

Ordenadas en tres capas, en disposición ascendente, surgen las tareas principalmente de Gestión Administrativa en la base hacia la parte más alta en donde se encuentran los temas relacionados con el bienestar de los pacientes, pasando por una capa intermedia que involucra tanto al profesional enfermera como a los familiares y comunidad (actores), principales artífices de la educación para la salud, en sus roles de educador y educando.

En detalle, se puede decir primeramente, que las enfermeras perciben el *Concepto de Educación para la Salud* (Categoría 1) *inauténticamente*, porque no logran vivenciarlo en su ejercicio profesional debido a una alfabetización educativa en salud, manifestada en la no incorporación de la importancia de la educación para la salud en la atención hospitalaria, el déficit de capital humano, la carencia de insumos materiales y el insuficiente tiempo para desarrollarla.

La enfermera como un ser-no-mundo es también un ser-con, en cuanto co-pre-sencia que viene al encuentro de otros en el mundo. De este modo no sólo se ocupa del otro, sino también se preocupa con el otro. Esta solicitud, o preocupación, esta educación, se puede presentar de manera inauténtica o auténtica (Heidegger, 2007). Cuando es *inauténtico*, la enfermera asume la educación, o sea, hace las cosas, piensa las cosas, descubre las cosas por el paciente, no le permite encontrarlas por sí solo, no le permite construir su conocimiento.

Cuando es *auténtico*, la enfermera ayuda al paciente a ser libre y asumir sus propias posibilidades con responsabilidad. Esto significa que no les hace las cosas, pero sí, está presente en este proceso de descubrir y comprender, permitiendo que el paciente asuma su posibilidad y dentro de ésta trascienda, construye con él las posibilidades de aprendizaje.

Seguidamente, y como capa de base del modelo, se encuentran los *Recursos para educar* (Categoría 3), develados en los discursos como un elemento importante para el desarrollo del proceso de educar, ya que influyen favorable o desfavorablemente, dependiendo de su presencia o ausencia en el mismo. No es casualidad que lo cotidiano de “recursos para educar” represente una fuente inagotable de capital humano, insumos materiales, ideas, cuestionamientos, paradigmas, comportamientos, idas y retornos, conocimientos, sentimientos, experiencias y vivencias; siendo que cada uno de ellos es significativo en este nuevo mirar; en cuanto al pensamiento heideggeriano esa nueva visión convierte lo *cotidiano* en *no cotidiano*, ese aspecto relevante sale de lo cotidiano y se transforma en *trascendental*, en nuevo conocimiento, y va a incrementar y renovar la educación para la salud hasta retornar nuevamente en cotidiano.

El encuentro con el otro se da en la ocupación del cotidiano. La pre-sencia encuentra a sí misma y al otro en aquello que ella emprende, usa, espera, evita, y no está inmediatamente a la mano en el mundo circundante, en su ocupación (Heidegger, 2007).

Este *cotidiano* está representado por el ambiente donde la enfermera trabaja, donde vive su ejercicio profesional, sus funciones como profesional de salud al servicio de una persona, familia o comunidad, y donde se expresa y se realiza demostrando el cuanto de vida posee su trabajo. Es en este mundo que el paciente tiene la posibilidad de desarrollar su autocuidado en salud (Araujo-Netto y Ramos, 2004).

En este proceso reflexivo emergen las “ideas de cambio para educar” (Categoría 6), en el modelo planteado se encuentran interactuando en forma trascendental con los recursos para educar.

Aquí la enfermera con una necesidad sentida y preocupada en transmitir los conocimientos que tiene, conocimientos que van más allá de la instrucción de una técnica o procedimiento al alta del paciente, la enfermera desea involucrar su historia, su modo de ser, su vivir, su experiencia profesional que, sumados, producirán un conocimiento que le es propio. Para Heidegger, esto es *coexistir*, o sea *estar-con-el-otro* posibilita condiciones para que colocándose en la perspectiva del otro, se pueda comprender y ver cómo el otro ve, siente, piensa, a través de sus gestos, modo de reaccionar su lenguaje verbal y no verbal.

En la capa intermedia interactúan los *Familiares / Comunidad* (Categoría 4) con el *Profesional enfermera en su rol de educador en el ejercicio profesional* (Categoría 2), abriéndose a un espacio común de *ínter subjetividad*, produciéndose una mutualidad en el encuentro y dando espacio a la creación de una relación *auténtica*, validando los significados que el otro atribuye a sus experiencias vividas.

La enfermera trae consigo su historia, por ser humana y ser un movimiento temporal. El hombre nunca es, está siempre siendo. Es un constante venir-a-ser. Tiene una historia que lo precede, lo alcanza y lo lanza para un futuro que apenas se delinea en su imaginación (Heidegger, 2007). Con esta historia la enfermera es capaz de acordarse de su pasado, y en su presente, como el ser que es, compara al paciente acorde sus vivencias, y entiende que éste debería interesarse más, comprometerse con su autocuidado más allá de lo educado.

Así la relación del ser humano con el otro en el mundo no es de dominación, pero sí de convivencia; no es de intervención pero sí de interacción para poder asumir su propia existencia y trascender en su ser (Heidegger, 2007).

A su vez, ambas categorías se encuentran articuladas por *Ideas de Cambio para educar* (Categoría 6) que pueden fortalecer esta relación *auténtica*, o bien comprometer el bienestar del *Dasein* en la educación para la salud.

Finalmente se va llegando al propósito esencial de la Educación para la Salud: el bienestar del paciente, detectado operativamente en la *Mitigación del reingreso* (Categoría 5), el que puede ser conseguido sobre la base de dos pilares fundamentales la *Participación Familia / Comunidad* y el uso que hace el *profesional enfermera de la herramienta de Educación para la Salud*.

Aquí la enfermera reconoce que como un *ser-en-el-mundo* que comparte experiencias, también está presente el paciente con sus vivencias y conocimientos que, con su presencia, comparte de igual manera con la enfermera. El tener que mantenerse actualizada para poder estar con el paciente la impulsa al futuro, en un sentido *de estar-siempre-siendo*.

Para Heidegger, *ser-en-el-mundo* son las múltiples maneras que el hombre vive y puede vivir, los varios modos como él se relaciona y actúa con los entes que encuentra y que a ellos se presenta. La relación que se establece con el mundo, posibilita comprender el ser en su existencia (Dreyfus, 2003).

Además, el fenómeno emergente develó qué:

1. Las profesionales están concientes de que la educación es un proceso que se inicia desde el ingreso, valorando al usuario, considerando su apresto, conocimientos previos, su cultura, redes de apoyo, experiencias previas, situación socioeconómica, entre otros; factores que influirán en la educación para la salud entregada.
2. El profesional enfermera considera a la familia como un apoyo vital, ya que constituye el núcleo en el cual se desenvuelve el usuario, siendo ésta la que le otorga los cuidados necesarios en el hogar.
3. Existe el interés y la motivación de educar al usuario y familia, comprometiéndose con ellos gestionando y coordinándose con la atención primaria de la red de salud, a pesar de no contar con la información adecuada, acerca del profesional a cargo de los programas a los cuales serán derivados
4. La Reforma de Salud considera el “Hospital Amigo” dentro de sus prestaciones, el cual es visto como una amenaza por las profesionales enfermeras, debido a que no existen los recursos necesarios para su implementación, tanto de capital humano como de insumos materiales e inmuebles físicos para que se desarrolle la educación para la salud.
5. En el contexto del hospital público donde se desarrolló esta investigación, actualmente la educación no es considerada un estándar de calidad. Dada esta situación, es difícil establecer si el hecho que no exista un programa de educación para la salud se deba a que, no está establecido como norma de gestión institucional, o es porque la socialización entre las profesionales enfermeras carece de motivación intrínseca en el tema.
6. El hecho de que la unidad mediana complejidad medica sea un campo clínico docente, le ha permitido a la enfermera trabajar en conjunto con el estudiante que realiza la practica profesional (internado), y a su vez éste ha actuado como agente gestor de la educación para la salud.
7. El medio social hospitalario no ayuda en la puesta en práctica de la educación para la salud. Los turnos, la escasa disponibilidad de tiempo, la presión asistencial, la falta de formación al respecto, son algunos de los aspectos que frenan el desarrollo de una actividad educadora.

8. Emerge la idea de crear un nuevo cargo enfermero, dedicado exclusivamente a suplir la demanda educativa hospitalaria de las unidades médico-quirúrgicas y a su vez ser el responsable de la coordinación con la atención abierta, mitigando el reingreso hospitalario y garantizando de esta forma una atención de calidad para el paciente.

9. La educación para la salud será efectiva si a nivel del profesional enfermera existe: conocimiento del proceso educativo, en todo el ciclo vital y de acuerdo a las necesidades individuales, conocimiento y habilidad respecto a metodologías educativas, cargas de trabajo adecuadas a las características de los pacientes / familias atendidas, número adecuado de profesionales, reconocimiento del mejor momento para educar, utilización de un lenguaje entendible para el paciente / familia.

10. La educación para la salud tendrá éxito a nivel de paciente / familia si existe: escolaridad mínima, redes de apoyo que permitan reconocer al encargado de los cuidados cuando la persona no es capaz por sí sola de satisfacerlos, aceptación de la enfermedad, herramienta de autocuidado, derechos y deberes conocidos y entendidos.

11. El profesional enfermera tiene ideas de cambio concretas para incorporar la educación para la salud en la atención cerrada, y mantener su continuidad con la atención abierta, aportando, mejorando la calidad de vida de los usuarios.

12. Emerge la percepción de que existe una brecha entre la formación que reciben en el pregrado acerca de la educación en salud y la realidad enfrentada en el ejercicio profesional, debido a múltiples factores: factor tiempo, carga asistencial y educación no programada. Y es aquí, donde me siento responsable como docente de la formación que le estamos brindando a nuestros estudiantes en relación del concepto educación para la salud en el ejercicio profesional, es por tanto, menester, crear e implementar la cátedra educación para la salud en nuestra malla curricular.

2. Consideraciones Finales

1. Reflexionar acerca del significado que las enfermeras otorgan a la educación para la salud en el ejercicio profesional en una visión fenomenológica, me hizo mirar la educación desde una condición existencial, aproximándome a la comprensión del encuentro fenomenológico de la persona que educa.
2. Hoy mi modo de vivenciar la enfermería se encuentra modelada en la búsqueda de la comprensión del fenómeno, que me muestre el sentido del educar en el mundo vivido de la enfermera, y la necesidad de que este profesional profundice sus conocimientos en las ciencias pedagógicas y humanas. En esa perspectiva, la fenomenología me ayudó a desarrollar una actitud interna a partir de una mayor comprensión sobre la existencia humana y también del ser enfermera.
3. Frente a mi trayectoria profesional tuve cambios de postura ante el educar para la salud. Confirmé que las profesionales enfermeras tienen posibilidad de educar fenomenológicamente dando significado para sí mismos y para quienes educan a partir del mundo vivenciado. Al educar puedo experimentar situaciones únicas por medio de la ínter subjetividad, estableciendo de esa manera una relación auténtica. Siendo así, visualizo condiciones para comprender al hombre en su totalidad existencial, en una determinada sociedad cuya historia se encuentra insertada en una cultura determinada.
4. Para actuar de modo fenomenológico la enfermera debe valorar la subjetividad y la ínter subjetividad. Esto implica que el acto de educar se presenta articulado a la relación interpersonal, o sea, agregando acciones de educación para la salud en enfermería, comprometiéndome con el otro.
5. Educar es inseparable de la comprensión y como comprensión debe ser simétrica: oyendo al otro, oyéndonos a nosotros mismos, educando al otro y educándonos a nosotros mismos. La enfermera debe desarrollar habilidades para oír y responder a las expectativas de quien educa considerando su individualidad. Por otro lado, es necesario considerar que el propio acto de confortar es inherente al proceso de educar, tiene valor para quien entrega la educación y para quien recibe la educación, debiendo ofrecer a ambos la oportunidad de crecimiento.

6. Todas las situaciones vividas por la enfermera: interés, dedicación, compromiso, respeto al prójimo, así como, indiferencia, desilusión, acomodación, necesidades sentidas son posibles de ser analizados con un enfoque fenomenológico. En este sentido la aplicación de la fenomenología depende de acciones conjuntas y de intereses de las profesionales enfermeras docentes volcadas al desarrollo de la investigación cualitativa. Esa condición ya es de por sí un gran desafío, principalmente porque el educar está insertado en la dimensión del existir en un mundo que al mismo tiempo es complejo y singular, visualizando que "los modos de cómo educar" en el ámbito hospitalario no se agotan.
7. En el mundo de la disciplina, como profesional enfermera docente, tengo mucho que develar acerca del educar, debiendo ampliar mis conocimientos día a día, para aproximarme cada vez más al educar para la salud en el ejercicio profesional.
8. Dentro de los ámbitos del rol de enfermería, se encuentra la Educación y mi Responsabilidad es contribuir al crecimiento y desarrollo de ésta, trabajando para el perfeccionamiento de la profesión.
9. El rol educador del profesional enfermera como agente de cambio es relevante, en cuanto pueda ser permanente, y enmarcarse en un nivel de preocupación, competencia y delicadeza en la educación para la salud otorgada.
10. La educación de las personas y sus familias en el contexto de la atención cerrada en salud, debería ser un estándar de calidad insertado dentro de la misión de la red de salud de la Institución pública.
11. Es importante continuar la búsqueda de la comprensión de los fenómenos que se presentan en la educación para la salud de los profesionales enfermeras/os, y afirmo que la fenomenología contribuye a la comprensión que involucra la experiencia del otro, y nos permite ser y ofrecer una educación auténtica a las necesidades y expectativas del ser humano.

CAPITULO VI

Referencias Bibliográficas

CAPITULO VI

Referencias Bibliográficas

- Aguirre-Huacuja, E. (2004). La corresponsabilidad operativa en la atención primaria a la salud. *Salud Pública de México*, 36(2), 210-213. Recuperado el 14 de abril de 2009, de http://www.insp.mx/rsp/_files/File/1994/199436_210-213.pdf
- Alveal, M., Jara, P. y Polanco, O. (2005). Percepción del rol profesional de alumnos de enfermería de la Universidad de Concepción, Chile. *Investigación y Educación en Enfermería*, 23(2), 56-69.
- Arango, A. (2000). Marco político y legal de la promoción de la salud. *Revista Colombia médica*, 31(2), 86-95. Recuperado el 7 de abril de 2009, de <http://www.bioline.org.br/request?rc00018>
- Araújo Netto L. y Ramos F. (2004). Consideraciones finales sobre el proceso de construcción de la identidad del enfermero en el trabajo cotidiano. *Rev Lat Am Enferm*, 12(1), 50-57. Recuperado el 14 de octubre de 2009, de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n1/v12n1a08.pdf>
- Asociación de Enfermería, Educación y Salud. (2006). *Promoción de la Salud, Glosario*. Recuperado el 10 de abril de 2009, de <http://www.educacionparalasalud.com/glosario%20PS%20MS.pdf>
- Bernabeu, J. (2002). *Educación y dimensiones de la educación*. En Colom, A., *Teorías e instituciones contemporáneas de la educación* (pp. 31-54). Barcelona: Ariel.
- Blank, M. (2006). El modelo precede/proceed: un organizador avanzado para la reconceptualización del proceso enseñanza-aprendizaje en educación y promoción de la salud. *Salus online*, 10(1), 28-41. Recuperado el 27 de mayo de 2009, de http://salus-online.fcs.uc.edu.ve/modelo_precede_proceed2.pdf
- Carvalho, M. & Valle, E. (2002). A pesquisa fenomenológica e a enfermagem. *Acta Scientiarum. Health Science*, 24(3), pp. 843-847. Recuperado el 7 de octubre de 2009, de <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/viewFile/2545/1684>
- Chile (1998). *Código Sanitario*. Santiago: Jurídica de Chile.

- Chocarro, L., Guerrero, R., Venturini, C. y Salvadores, P. (2004). Análisis de la identidad Profesional a través de la competencia educadora de la enfermería. *Cultura de los cuidados*, 15, 55-62. Recuperado el 7 de abril de 2009, de http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/1035/1/culturacuidados_15_10.pdf
- Colom, A. y Nuñez, I. (2005). *Teoría de la educación*. Madrid: Síntesis.
- Cosialls, D. (2000). *Gestión Clínica y Gerencial de Hospitales. Servicios de Información*. Madrid: Harcourt.
- Dartigues, A. (1992). *Um positivismo superior*. En A. Dartigues. O que é fenomenologia? (pp. 7-28). São Paulo: Moraes.
- Dreyfus, H. (2003). *Ser-en-el-mundo*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Duque, MC. (2002). Enfermería y Cultura: espacio de encuentro para el cuidado de personas y colectivos. *Actual Enfer.*, 5(2): 12-16. Recuperado el 25 de mayo de 2009, de <http://www.scielo.org.co/scieloOrg/php/reference.php>
- Echeverría, R. (1997). *El búho de Minerva: introducción a la filosofía moderna*. Santiago: J.C.Sáez.
- Escobar, G., Peñaranda, F., Bastidas, M., Torres, N. y Arango, A. (2006). La educación en el programa de crecimiento y desarrollo en un contexto surcado por tensiones. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 24(1), 84-91. Recuperado el 14 de abril de 2009, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012086X2006000100010&script=sci_abstract&tIng=es
- Esteve, J. (1999). *El concepto de educación y su red nomológica*. En VV.AA. Teoría de la educación. Murcia: Límite, pp. 9-25.
- Fernandes De Freitas, G., Barbosa, M. y Prado, M. (2007). La interface entre la fenomenología y el cuidado de enfermería. *Index Enferm*, 16(58), pp. 55-58. Recuperado el 27 de diciembre 2009, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000300012&Ing=es&nrm=iso.

- Hammerschmidt, K. Borghi, A., Lenardt, M. (2006). Ética y estética: sus aportaciones en la promoción del cuidado gerontológico de enfermería. *Texto & Contexto Enfermagem*, 15(esp), 114-124. Recuperado el 14 de octubre de 2009, de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/714/71409913.pdf>
- Heidegger, M. (2007). *El ser y el tiempo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Hermosilla, R. (2007). *Educación para la Salud: apunte*. Diplomado de Enfermería en salud mental comunitaria. Facultad de Medicina Universidad de Chile. Recuperado el 10 de noviembre de 2009, de <https://www.u-cursos.cl/medicina/2007/0/1/material/121244>
- Hernández, S. y Robles, C. (2007). Educación de pacientes y familias como estándar de calidad. *Horizonte de enfermería*, 18(1), 75-80.
- Husserl, E. (1962). Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Janz, N., Champion, V. & Skinner, C. (2008). The health belief model. En: Glanz K, Rimer B, Viswanath K., *Health behavior and health education: Theory, research and practice*. (pp. 45-67). San Francisco CA: Jossey-Bass. Recuperado el 27 de mayo de 2009, de <http://www.josseybass.com>
- Joint Comisión on Accreditation of Healthcare Organization. (1997). *Estandares de acreditacion de hospitals*. Recuperado el 7 de agosto de 2009, de <http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/5C138711-ED76-4D6F-909F->
- León, E. (2009). El giro hermenéutico de la fenomenológica en Martín Heidegger. [versión electrónica]. *Polis*, 8(22), pp 267-283. Recuperado el 27 de octubre de 2009, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-65682009000100016&lng=es&nrm=iso
- Leonello, V. y Oliveira, M. (2008). Competencias para la acción educativa de la enfermera. *Revista latino-americana de enfermagem*, 16(2), 177-183. Recuperado el 15 de mayo de 2009, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=es

- López, F. (2002). *El análisis de contenido*. Sevilla: Departamento de teoría e historia de la educación y pedagogía social.
- Machado, M. y Vieira, N. (2009). Educación en salud: perspectiva del equipo de salud de la familia y la participación del usuario. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 17(2), 174-179. Recuperado el 15 de mayo de 2009, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000200006&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Marriner, A. (2009). *Guía de gestión y dirección de Enfermería*. Barcelona: Elsevier.
- Mazarraza, L. (2002). *Género y salud: V Conferencia Internacional de promoción de Salud*. Santander, España. Recuperado el 8 de septiembre de 2009 de: <http://www.easp.es/ProyectosTemp%E1ticos/wwwiuhpe/esp/ponencias/perpectives/Mazarrasa.doc>.
- Milos, P., Larrain, A. y Simonetti, M. (2008). Del Porque de la formación exclusiva Universitaria. *ACHIEEN*. Recuperado el 7 de octubre de 2009 de <http://www.achieen.cl/achieen/docs.htm>
- Milos, P., Larrain, A. y Simonetti, M. (2009). Categorización de servicios de enfermería: propuesta para asegurar una atención de calidad en tiempos de escasez de enfermeras. *Cienc. Enferm., 15(1)*, 17-24. Recuperado el 7 de octubre de 2009 de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532009000100003&lng=es&nrm=iso
- Ministerio de Salud de Chile (2006). *Compromisos de gestión: orientaciones metodológicas*. Subsecretaría de redes asistenciales. División de gestión de red asistencial. Recuperado el 14 de abril de 2009, de <http://www.educ.cl/fedra/c-documentos.htm>
- Ministerio de Salud de Chile (2006). *Programa de Evaluación de la Calidad de la Atención Hospitalaria*. Recuperado el 7 de agosto de 2009, de http://www.minsal.cl/ici/red_publica/Pola_Bremen_Programa_deevaluacion_de_calidad_hospitalaria_PCAH.pdf.

Ministerio de Salud de Chile (2007). Norma general administrativa nº 19, "*Gestión del cuidado de enfermería para la atención cerrada*". Subsecretaría de redes asistenciales. Departamento de asesoría jurídica. Recuperado el 7 de agosto de 2009, de http://salunet.minsal.gov.cl/pls/portal/docs/PAGE/TRANSPARENCIA/G_SEREMI/SEREMI4_NORMAS/RESOLUCION_1127_07.PDF

Ministerio de Salud de Chile (2009). *Compromisos de gestión: orientaciones metodológicas*. Subsecretaría de redes asistenciales. División de gestión de red asistencial. Recuperado el 14 de abril de 2009, de <http://ssvalparaisosanantonio.redsalud.gov.cl>

Montero, I. (2005). *El interés de las personas mayores por la educación: qué educación. Estudio de campo*. Tesis doctoral. Granada, Universidad de Granada. Recuperado el 30 de abril de 2009, de la base de datos <http://dialnet.unirioja.es>

Morrell, CJ, Spiby H, Stewart P, Walters S & Morgan A. (2000). Costs and effectiveness of community postnatal support workers: randomised controlled trial. *Br Med J*, 321(7261), 321-593. Recuperado el 11 de agosto de 2009, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10977833>

Muñoz, L. (1995). Antecedentes sobre la investigación cualitativa en Enfermería. *Revista Horizonte de Enfermería*, 6(3), 18-23.

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (2009). *Educación para la salud: promoción y educación para la salud*. Sexta Conferencia Internacional de Educación de las personas adultas. Recuperado el 27 de diciembre de 2009, de <http://www.unesco.org/education/uie>

Organización Mundial de la Salud (1998). *Promoción de la Salud: Glosario*. Unidad de Promoción de la Salud y Educación para la Salud de la División de Comunicación, Educación y Promoción de la Salud. Ginebra, 13-14. Recuperado el 8 de septiembre de 2009, de www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_sp.pdf.

Organización Mundial de la Salud (2006). *Promoción de la salud: logros y enseñanzas extraídas entre la carta de Ottawa y la carta de Bangkok y perspectivas para el futuro*. Washington: OPS-OMS. Recuperado el 27 de diciembre de 2009, de <http://www.ops-oms.org/spanish/gov/cd/CD47-16-s.pdf>.

Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud (2003). *Boletín informativo: 44ª Reunión del Consejo Directivo de OPS*. Recuperado el 27 de mayo de 2009, de http://www.paho.org/spanish/DD/PIN/ahora01_oct03.htm

Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud (2006). *Fortalecimiento del Autocuidado como estrategia de la atención primaria en salud*. Documento procedente del Área de Tecnología y Prestaciones de Servicios de Salud y la Unidad de Organización de Servicios de Salud, Enero, Washington. Recuperado el 27 de abril de 2009, de <http://www.biblioteca.cotecnova.edu.co/docentes/Magali/Cartillas/autocuidado.pdf>

Organización Panamericana de la Salud (1978). *Declaración de Alma–Ata* Washington: OPS. Recuperado el 27 de abril de 2009, de http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm.

Organización Panamericana de la Salud (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Documento procedente de la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, Noviembre, Ottawa. Recuperado el 27 de abril de 2009, de [http://www.paho.org/Spanish/hpp/ottawacharter Sp.pdf](http://www.paho.org/Spanish/hpp/ottawacharter%20Sp.pdf)

Peñaranda, F., Bastidas, M., Escobar, G., Torres, N. y Arango, A. (2006). Análisis integral de las prácticas pedagógicas de un programa educativo en Colombia. *Salud Pública Mex*, 48(3), 229-235. Recuperado el 16 de agosto de 2009, de <http://www.scielo.org.co/scieloOrg/php/reflinks.php>

Peñaranda, F., Giraldo, A. y Blandón, L. (2006). La educación en el programa de crecimiento y desarrollo: entre la satisfacción y la frustración. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 24(2), 28-36. Recuperado el 16 de agosto de 2009, de <http://www.scielo.org.co/scieloOrg/php/reflinks.php>

- Polit, D. & Hungler, B., (2000). *Investigación científica en ciencias de la salud: Análisis de los datos de investigación*. Madrid: Mc.Graw – Hill.
- Rivera, M.S. (2004). El arte de cuidar en enfermería. *Horizonte de enfermería*, 15, 11-22.
- Rochera, A. (1998). Rol de la enfermera de nefrología en la historia del trasplante renal [versión electrónica]. *SEDEN*, 2(1), 23-26.
- Rozo de Arévalo, C. (2002). Fundamentos pedagógicos que sustentan el proceso de la educación en salud. *Aquichan*, 2(2), 27-35. Recuperado el 11 de abril de 2009, de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/741/74120206.pdf>
- Silva, D. (2008). *Educación para el auto cuidado en una unidad de internamiento Hospitalario*. Conferencia dictada en el II Encuentro Internacional Autocuidado y Promoción de la Salud: Innovaciones en el Manejo de Enfermedades Crónicas, Abril, Santiago.
- Silva, L., Damasceno, M. y Moreira, R. (2001). Contribuição dos estudos fenomenológicos para o cuidado de enfermagem. [versión electrónica]. *Rev Brás Enfermage*, 54 (3): 475-81.
- Souza L., Wegner W. y Gorini, M. (2007). Educação em saúde: uma estratégia de cuidado do cuidador leigo. *Rev Latino-am Enfermagem*; 15(2), 33-43. Recuperado el 29 de octubre de 2009, de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/es_v15n2a22.pdf
- Streubert, L., Carpenter, D. (1994). *Qualitative research in nursing*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Taylor, S. (2003). La teoría enfermera del déficit de autocuidado. En Marriner, A., *Modelos y teorías en enfermería* (pp. 189-211). Barcelona: Elsevier.
- Terra, M., Silva, L., Camponogara, S., Santos, E., Souza, A. & Erdman, A. (2006) En la pista de la fenomenología: un camino para la investigación de enfermería. *Texto contexto - enferm.* 15(4), 672-678. Recuperado el 29 de octubre de 2009, de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a16.pdf>
- Welch, A. (2003). Cultura de los cuidados: teoría de la diversidad y de la universalidad. En Marriner, A., *Modelos y teorías en enfermería* (pp. 501-527). Barcelona: Elsevier.

Whitehead, D. (2001). A social cognitive model for health education/health promotion practice.

[versión electrónica]. *J Adv Nurs*, 34(6), 417-425.

Zabalegui, A. (2003). El rol del profesional en enfermería. *Aquichan*, 3(1), 16-20.

ANEXOS

ANEXO 1: Solicitud autorización del estudio



FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE ENFERMERIA
Blas Cuevas 1028, Subida El Litre, Valparaíso
Teléfono (32) 2507401 – Fax (32) 2507410
www.uv.cl

VALPARAÍSO, 26 ENERO, 2009

**DOCTOR
FRANCO PAVERI D.
COORDINADOR GESTIÓN DOCENTE
HOSPITAL CARLOS VAN BUREN**


De mi consideración:

Junto con saludarle, vengo a solicitar a usted, autorice a la Prof. PAULINA HURTADO ARENAS, para desarrollar su estudio cualitativo en los servicios Mediana y Baja Complejidad Médica.

Dicha profesora se encuentra realizando la Tesis del Magíster en Enfermería - Mención Gestión del Cuidado de la Escuela de Enfermería y Obstetricia, Universidad de Valparaíso.

Como parte del desarrollo de su Tesis requiere efectuar entrevistas a profesionales enfermeras, con el fin de profundizar en el "Rol del profesional enfermera en la educación para la salud", actividad programada para los meses de febrero y marzo del año en curso.

Esperando una favorable acogida, saluda atentamente a Ud.


Cecilia Landman N.
Directora Postgrado
Esc. Enfermería



ESC. ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIRECCION DE POST GRADO

c.c.

- Prof. Paulina Hurtado A.
- archivo

ANEXO 2: Autorización concedida

MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD
VALPARAISO-SAN ANTONIO
HOSPITAL CARLOS VAN BUREN
OFICINA DE GESTIÓN DOCENTE

Dr. FPD/cfc Int. N° 27
Art. No hay

Valparaíso, 09 de marzo del 2009

DE: DR. FRANCO PAVERI DASSO
OFICINA GESTIÓN DOCENTE
HOSPITAL CARLOS VAN BUREN

A: SRA. CECILIA LANDMAN NAVARRO
DIRECTORA POSTGRADO – POSITITULO
CARRERA DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO

En relación a solicitud para realizar entrevista a profesionales enfermeras por la profesora Srta. Paulina Hurtado Arenas, informo a usted que ha sido aceptada esta petición en los servicios: Mediana y baja complejidad médica de nuestro hospital, previa consulta con el encargado de los servicios solicitados



Saluda atentamente a usted,

DR. FRANCO PAVERI DASSO
OFICINA GESTIÓN DOCENTE HCVB

C/c:
Archivo OGD HCVB

ANEXO 3: Consentimiento informado



FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE ENFERMERÍA
Blas Cuevas 1028, Subida El Litre, Valparaíso
Teléfono (32) 2507401 - Fax (32) 2507410
www.uv.cl

CARTA DE CONSENTIMIENTO

Yo _____ Cédula Identidad _____

Cargo _____.

Estoy informada de que la Prof. Paulina Hurtado Arenas, alumna de Mg. en Enfermería de la Universidad Valparaíso, está realizando una investigación Cualitativa sobre Educación para la Salud en Enfermería, que busca profundizar cómo viven el concepto de la educación para la salud las enfermeras asistenciales.

Acepto participar en una entrevista en la que se me formulará una pregunta abierta la que se llevará a efecto elde.....de..... Esta actividad será realizada en mi lugar de trabajo o en el que yo estime más conveniente.

Estoy informada de que esta entrevista será realizada de forma confidencial.

Se que tengo derecho a negarme a dar respuesta en cualquier momento y retirarme del estudio.

Se que tengo derecho a negarme a participar en el estudio si una vez leída la transcripción de la entrevista no concuerde con ella.

Si tengo dudas o preocupaciones puedo contactarme con la Prof. Paulina Hurtado Arenas.

Otorgo mi acuerdo para:

- 1.-Ser entrevistada.*
- 2.-Permitir que la información obtenida (sin mi nombre y cargo) sea grabada y analizada para ser usada en fines educacionales y de investigación.*

Valparaíso, 16 de marzo de 2009

ANEXO 4: Discursos

DISCURSO 01

¿Me puedes contar qué significado tiene para ti, la “educación para la salud”, y cómo has podido vivenciarlo en tu ejercicio profesional?

El término Educación para la Salud relacionado con los pacientes...yo pienso que es preparar más a los pacientes y familia sobre las enfermedades que tienen y los autocuidados que puedan tener en el futuro en su casa, y aparte aquí en el hospital puedan tener un mejor tratamiento. De hecho la educación te permite a ti dar una mejor atención. Pienso que el concepto educación para la salud es primordial ahora con el paciente.(1) Eehhhh, pero el problema es el tiempo, porque dar educación es lento, no es fácil educar diferentes niveles culturales. A veces la familia o el paciente no entienden los términos y hay que adecuarse a ellos ...y en este momento, en que siempre somos pocas las enfermeras y que tenemos aparte de eso una cantidad de cosas que hacer, no es fácil. Yo entiendo lo importante que es, pero de ahí a que realmente se pueda efectuar... y con todo el tiempo se necesitarían muchos más recursos(2).

Nosotros en el ámbito laboral educamos más en pacientes que se van con una técnica, por ejemplo pacientes que se van con insulina, uno los educa en lo referente a la diabetes a la insulino terapia. En pacientes que se van con sonda ...todo lo referente a la sonda foley, prevenir infección, el manejo de la sonda y más que todo lo referente al tratamiento, si el paciente se va con anticoagulante, con anticoagulantes, explicarle cuales son los riesgos del Neosintron con qué cosa potenciar su efecto, todo relacionado más que todo al cuidado al paciente y el tratamiento que se va a su domicilio que esté mejor preparado(3), ehh...pero hacer eso mismo, es difícil te digo de gestionar porque por falta de tiempo, no es que uno pueda estar hasta las doce trabajando y una educación es una hora mínimo y es un sitio que los otros cuarenta pacientes que hay a tu cargo dejan de recibir atención porque igual tienen que recibir atención, más las técnicas y todo lo que hay que hacer, ahí se dificulta todo entonces como que fundamentalmente la educación es solo el tratamiento y los riesgos que tienen de acuerdo con la patología entonces.. lo que hay con los pacientes que se van postrados por ejemplo, doy todo lo referente a la higiene, a la prevención de escaras, pero hacer una sonda espirativa por ejemplo con la alimentación, los pacientes que se van con sonda nasogástrica todo lo relacionado con la gastroclisis digamos, eh... cómo meter las pastillas, eh.. algún paciente que se va con curación, la familia debe curarlo o sea, es como todo lo relacionado con, pero lo que pasa es que no se hace una curación, patología, su diagnóstico y darle la educación abocado a los riesgos de su enfermedad como digamos, prevenir complicaciones, que se mantengan estables en su domicilio, pero eso no se puede hacer, entonces nos avocamos más a lo que el paciente tiene, el paciente postrado entonces, muchas veces se han mostrado casos, pacientes que llegan acá, pacientes que vienen de otros pisos, con gastrostomía, toda la educación para la gastrostomía, se van con sonda foley, que son los diabéticos que se van con la insulina y muchos se van con cateterismo a parte de eso, entonces como que los grandes temas de la Educación están centrado en ese tema porque para más no alcanza, y eso con gran esfuerzo hacemos todo eso(4).

Ehhhh:... claro, no se puede hacer educación porque son muchos pacientes los que están a cargo de las enfermeras, entonces... lo que pasa es que aquí llega un momento que tenemos 51 pacientes, para una enfermera de turno y en otros servicios son más a veces, entonces... es la urgencia que existe en ese momento y la educación tiene que ser interrumpida porque van sucediendo cosas en el camino entonces a veces yo planifico una educación, dices “esta mañana voy a hacer educación”, pero no se puede planificar porque con tres cuatro veces, que estás dando la educación y ... no, es que es difícil porque uno está con pacientes hospitalizados por un lado, entonces, lo que les va ocurriendo a ellos te va cambiando todo lo que tú puedas haber planificado, claro, o sea se supone que hay urgencias en un momento dado y cosas que van sucediendo poh, un montón de cosas que van pasando, un paciente se infarta, y no sé, eso va sucediendo en el camino y uno va viendo y priorizando de acuerdo a la urgencia del momento ..(5)

Ehh...por otro lado no educamos al alta, los preparamos durante la hospitalización, de repente, hay mucho paciente diabético que nunca ha usado insulina y son insulinoquirientes hospitalizados, una los prepara a ellos y prepara a la familia, y es amplio digamos, apenas tenemos que ponerle la insulina, y ellos no lo ven en la Tele, comprobar que lo están haciendo bien. Las pacientes cuando hacemos cateterismo es lo mismo osea días antes hay que empezar a educarlos y después nos avocamos a la técnica y vienen los familiares, dos o tres veces en el día a hacer cateterismo y, hasta que estén seguros y después se van. Y los pacientes postrados también, montón de pacientes se van postrados a su casa y ahí depende con lo que se vaya, entonces se va educando de antes, porque al alta no pue', ellos no, no captan en un ratito todo lo que hay que enseñarles, osea igual ellos la inseguridad de cosas desconocidas para ellos, los riesgos, y después ellos van devolviendo técnica, haciendo lo que nosotros les enseñamos y.. hasta que ya están seguros de que lo están haciendo bien, entonces ahí ya... se pueden llevar los pacientes a su casa(6).

Nosotros usamos muchos trípticos, sí, por ejemplo usamos más trípticos en el área caídas por ejemplo, tonces eh.. están los pacientes con un alto riesgo de caída tienen un logotipo rojo, los con menos riesgo tienen un logotipo amarillo, y llega la familia y ahí está escrito todo lo referente al logotipo rojo y todo lo referente al logotipo amarillo. Para prevención de escaras también tenemos un tríptico donde está registrado todas las actividades que también se lo entregamos a los pacientes... y también de sondas foley, también hay unos que se van entregando, de diabetes también, de insulina entregamos el folleto primero para que lo vean y después empezamos con la parte práctica.(7)

Se supone que toda la educación está orientada a prevenir curaciones poh, osea claro, toda la ecuación que uno da es para que no se compliquen y aún así no entienden

En los pacientes hospitalizado, tenemos un montón de factores de riesgo: postración, inquietud, desorientación, pérdida de conciencia, eh, técnicas invasivas, pacientes con procedimiento invasivo, (8) tenemos hartos factores de riesgo en los pacientes,

Yo diría que nosotros educamos a los pacientes, por ejemplo, usamos cateterismo y llevamos la técnica, entonces, uno la parte teórica, hacemos el procedimiento ellos nos ven y después el día siguiente vienen ellos y yo devuelvo la técnica y los interrogo sobre el folleto que les pasamos para que estudiaran y ahí nosotros vamos evaluando y viendo que nos está fallando, el familiar, o el paciente y reforzar digamos, las carencias que vaya teniendo y hasta que, salga bien digamos, lo que estamos haciendo pero hay muchas cosas así, que como te dijera, hay mucha escasez familiar o a lo mejor muchos pacientes que no pueden cumplir con todo porque no tienen todas las condiciones en la casa o donde está el paciente, ...(9)

El concepto de educación a mí me viene de la experiencia, porque en realidad no tuve, yo llevo varios años de egresada, no tuve la cátedra de Educación, entonces la enfermería no puede, siempre tiene que ir unido a la educación, porque todo digamos está relacionado con educación, de hecho, es el último que ve un paciente cuando se va, cuando le damos como la despedida, y se supone que tenemos que tener claro que el paciente lleve todo y que digamos no tenga duda y que eso signifique menos riesgo (10), de la experiencia, de que uno sabe que tiene que educar para muchas cosas, y al final uno va aprendiendo métodos sistemas de educación, a lo largo del tiempo.

Nunca hemos tenido una educación que haya sido específica..No conozco ninguna capacitación porque digamos, yo creo que no, porque estuve mirando y hay un solo curso que yo veo que está planificado, porque eso van haciendo durante el año, no sé si harán un programa anual, yo lo desconozco, (11)

Bueno, nosotras tenemos claras las cosas que tenemos que educar que son las cosas respecto de lo que te dije, todo paciente diabético hay que educarlo, todo paciente con cateterismo, todo paciente postrado, todos los riesgos de acuerdo a la patología que tienen, los más interesados con gastrostomía o algún tipo de gastroclisis, osea gastrostomía o problemas urinarios, osea a todos esos pacientes tenemos que educar, a parte de todo lo que signifique el alta, educación al alta, y que netamente con los medicamentos, con la medicina oral los riesgos de cada medicamento, (12) Yo creo que todo tiene un 10, porque todo es importante, osea con un enfermo nada puede ser menos, todo tiene que tratar de ser, sino perfecto lo mejor posible, entonces todas las cosas tienen

un número de 10, la educación, la atención, porque, valorizar menos, a un enfermo, a cualquier aspecto, todos valen orientado al número 10, ahora que no se logren, ese es el objetivo del área salud, que sea 100% eficiente.(13)

Ha ido evolucionando el término salud ha ido evolucionando uno con más experiencias, pero siempre ha existido la educación en la enfermería, siempre, pero bueno, han aumentado las patologías, han aumentado digamos, han mejorado el tratamiento, ha mejorado la tecnología en cada cosa, entonces tenemos que ir evolucionando de acuerdo, a los nuevos conocimientos científicos que hayan digamos en cada aspecto,

El tema en salud es como parte del trabajo de la enfermera poh, es parte de lo que uno tiene que hacer diariamente, porque de hecho todo lo que tú haces, tienes que explicárselo al paciente, y eso ya es un sistema de educación, explicar técnica que se le haga al paciente, muchas cosas que te preguntan la familia, porque la familia todo le preguntan a la enfermera, tonces diagnóstico, qué significa el diagnóstico, lo que tiene el paciente, es algo que está las 24 horas, o mientras uno esté trabajando ehh, está la educación, pero yo creo que siempre es importante, (14) que hubieran capacitación en enseñarte a educar porque, nunca estaría demás poh, y que además de eso a lo mejor en los servicios de salud, no creo que uno no pueda dedicar tiempo a la materia de la educación, piensan en el paciente, en la patología, asignándole recursos pero no... considerarán realmente el recurso y lo que significa el recurso educación?(15) Yo creo que no, no tengo claro, me imagino que no

Mmm, es importante la educación porque es parte como del tratamiento del paciente, pero además como que fundamental en el diagnóstico del paciente poh, para que él tenga una buena evolución, de que sepan los temas del autocuidado, tanto el paciente como la familia, y tener una mejor calidad de vida, con educación y con todas las cosas que pueda saber de su enfermedad puedan tener una mejor calidad de vida..(16)

Yo creo que la educación es muy útil y necesaria, digamos, muchos pacientes, desconocen el tratamiento que están usando, muchos de ellos, cuando uno les pregunta a pacientes hipertensos, no no sé lo que uso, uso unas tabletas pero no sé ni como se llaman, y para qué las usan, no saben para qué servirán, se las dieron en el consultorio en cualquier lugar, pero desconocen su tratamiento, desconocen su diagnóstico y desconocen un montón de cosas, tonces, cuando uno educa ya es diferente, ya saben ellos, qué enfermedad tienen, qué tratamiento están recibiendo para qué sirve(17), y de acuerdo a su nivel cultural porque igual tengo claro de lo que tu planteas, los conocimientos van a quedar un tercio, pero si un paciente se va educando cada vez, entonces al final va a tener más conocimiento.(18)

Bueno, yo creo que la educación para la salud sirve para disminuir la mortalidad, que el paciente se compense su patología, que el paciente no tenga que llegar a un nivel secundario, que no tenga que hospitalizarse, que se pueda manejar en un consultorio en un domicilio(19) y que esté compensado porque es fundamental, y aparte disminuimos la mortalidad, porque un paciente que se va descompensando cada vez más y al final ...termina perdido.

Bueno de hecho, yo creo que la educación debería ser sistemática, porque la educación va junto con la salud.

De hecho tengo mucho paciente que desconocen su tratamiento, por ejemplo mucho paciente usa Neosintron (que es un anticoagulante), y a veces no se toman la dosis un día y al día siguiente se toman la doble dosis y muchas veces, a lo largo de mi experiencia, he conocido paciente con cuadros hemorrágicos...simplemente porque no tenían conocimiento del anticoagulante ni ...o la educación que se les dio fue pequeña y se les olvida, porque a veces igual...el grado intelectual no es alto, y yo pienso que si se hiciera siempre educación sistemática, y al paciente se le educara cada vez que acuda a un Centro de Salud, bueno al final va adquirir conocimiento y va adquirir la importancia de auto cuidarse.(20)

DISCURSO 02

¿Me puedes contar qué significado tiene para ti, la “educación para la salud”, y cómo has podido vivenciarlo en tu ejercicio profesional?

Bueno el concepto para mí en salud y del tiempo que yo llevo egresada, que es una año, ja, ehh, significa poder dar la educación preventiva a familiares y en especial al paciente del que nosotros estemos a cargo, ya? Ehh, se nos ha enseñado de que, de lo importante que es la prevención en todo lo que es enfermedades, no se poh, lo que..., como, como prevenir estas enfermedades, más que nada en la primaria, la educación la enfoca en la parte primaria, todo lo que es consultorio(1), ahí uno abarca más lo que es la Educación, es muy complicado encuentro yo, poder educar en un hospital o en un servicio donde hay mucho paciente que uno está a cargo(2). No es como en el consultorio, donde uno ve por horas o tiene minutos programados para poder atender a la gente y poder entregar un poco más de educación, un poco más de información de la enfermedad o de lo que se les quiere enseñar a los pacientes o a los familiares.

El concepto en general es es como eso, es poder entregarle información a la gente de su patología, de cómo prevenir o de cómo no llegar a compensar más su enfermedad.(3) Para mí la educación es super importante en las pacientes, en los familiares, que uno pueda entrar a ver porque hay mucha gente que desconoce de su enfermedad, desconoce de lo que tiene y así los familiares, a pesar de que hay mucha tecnología ahora y todos buscan por Internet la enfermedad que tienen o de qué se trata, hay mucha terminología médica que no conocen, entonces eh, es gran trabajo para ellos leer algún documento, que poder explicárselo con términos que ellos puedan manejar(4), así que, y sí se que por mí experiencia, ha sido súper difícil educar a los pacientes y a los familiares durante su período de hospitalización de enfermedades agudas: se descompensan, caen al hospital y entregarle una información acabada o educarlos a cerca de lo que les está sucediendo porque no siempre es una patología, son más de una patología, osea, se agudizan, no sé poh, la hipertensión en este servicio de medicina, o llegan por un accidente vascular pero asociado tienen muchas más enfermedades, y poder explicarles todo, en el poco tiempo que uno logra estar con ellos, es un poco difícil, entonces yo veo que la educación en la parte secundaria, eh, no se lleva muy acabo(5).

El momento en el que nosotros podemos educar como enfermeras, es en el alta, cuando se le entrega la documentación, cuando se le entrega los medicamentos, que a pesar de que hay gente que aunque llevan mucho tiempo con los medicamentos, tampoco muchos se manejan, porque se, es es distinta las indicaciones que se dan en el consultorio y es distinta las indicaciones que se dan al alta, entonces ahí uno aprovecha de entregar un poco de educación a los pacientes con respecto a su enfermedad, al medicamento, a lo que es el régimen, a lo que es el reposo, que en gran medida lo que uno puede educar, es super complicado en un hospital con todo,(6) como todos están los pacientes, osea, te conocen aquí como están los pacientes, super complicado, a veces incluso hay pacientes postrados que se van en las mismas condiciones a la casa, osea la enfermedad aguda se compensa un poco, pero se van igual de postrados, entonces, explicar.. a quién le explicamos ahí?, al paciente no le podemos explicar, porque no está conciente, o no está en condiciones de poder entregarle una Educación; los familiares, que a veces no tienen el nivel, no sé poh, educacional que pueda permitirle entregarle mayor información de lo que le está pasando, y en la casa, no sé.., lo que uno alcanza a decirle en eso, creo que, con suerte serán 5 minutos, están tan apurados por irse, están tan ansiosos de llegar a su hogar, llegar a su casa, que lo que uno les dice, no lo entienden, llegan al otro día incluso preguntando, y esto y esto, y uno a veces como que se molesta un poco, porque dice, pucha, si se lo expliqué ayer, se lo expliqué lo mismo, y con la carga de trabajo que hay, a veces uno no, pucha, trata de, en lo posible, de responder, de entregarle la información al familiar, y así y todo a veces no entienden.

Entonces, eh... la educación en el hospital, yo creo que está como casi, olvidada, olvidada, osea yo en los únicos momentos que veo que se educa, es cuando llegan ellos mismos, cuando llegan ellos después a entregar con mayor tiempo, educaciones, y se puede informar más la gente con respecto a su enfermedad, pero nosotros, como, como funcionarios ya, como enfermera, eh, no, no se nos da el tiempo necesario para ... y no se puede, osea el tiempo que yo trabajo desde las 8

hasta las 5, yo veo super difícil, poder organizarme tan bien para poder entregarle la información a toda la gente,(8) además que están todos con patologías distintas, entregarles una educación, con respecto a lo que es su enfermedad, no sé poh, si tuviéramos pacientes con, en una sala, con la misma enfermedad, de repente uno se podría organizar y entregar una educación, pero como te digo, yo veo que la educación, entregar la educación a los familiares acá, o dársela a los pacientes, es difícil, complicado por el tiempo, por la educación de los pacientes, por la forma de educacional que tienen y porque el hospital es tan rápido, todos están apurados, no hay tiempo, hay mucho procedimiento que hacer, lo mismo de las familias que vienen de visita de 2 a 6,(9) no! Se nos complica todo, osea, menos ahí, entre sacar a la gente de la sala, ya hacer un procedimiento en esa hora es difícil, educar en esa hora es más difícil, en la tarde que es el tiempo a veces en el que uno está un poquitito más tranquila, pero durante la, durante el día, osea la mañana que es como lo que más se hace en clínico, no, se puede entregar educación y la única forma en la que podemos hacerlo, es solamente durante el alta, en el que solamente uno le entrega información de medicamentos, de la hora del próximo control, del reposo, del régimen, y con eso basta, osea no podemos entregar una mayor educación aquí en el hospital, que creo que es importante, creo que es importante porque hay gente que nunca logra saber bien de su enfermedad, nunca logra darse cuenta de lo que le está sucediendo, sabe que le subió la presión y viene al hospital porque aquí le van a dar los medicamentos y listo pa la casa, y ahí no logra entender, a pesar de lo que uno les puede decir ehh, darse cuenta de lo que de lo que les está sucediendo, (10) así que....

Yo creo que el que tengamos un gran porcentaje de adultos mayores con enfermedades crónicas...influye mucho en la educación que se le entrega, porque gente que ya lleva años con la misma enfermedad, educarlos sobre ya lo mismo, ya tienen ellos ya sus culturas, sus hábitos, y.. sacarlos de eso con una educación? No creo que sea muy relevante para ellos, osea ya, a esta altura, no creo que ellos les de ganas de cambiar su forma de vida, sabiendo de que en realidad se van a complicar en realidad, yo creo que los pacientes cuando ya se ven, pero más en los pacientes jóvenes, osea, no en los adultos mayores, se ven con alguna enfermedad que los limita un poco, ahí como que cambian el switch y empiezan a preocuparse un poquitito más de de su estilo de vida, pero los adultos mayores, no, osea, casi todos vienen con un deterioro orgánico, los pacientes que vienen postrados, los pacientes que, no.. y se desorientan, entonces, es complicado en los adultos mayores entregar una información, y que sirva de algo, osea uno puede hacerlo, quizá organizándose, pero de alguna manera, pero de ahí a que sea tan efectivo, no, no lo creo..(11)

Emmm,.... en lo que ha sido mi, mi formación profesional en la Universidad, no he tomado muy a pecho lo que es la educación osea, educar a la gente, porque es un papel más que hay que hacer, porque la gente a veces no le llama la atención o poder juntar mucha gente para poder educar, siempre lo miré como algo, eh, que no valía la pena,(12) ya estando como interna y ya atendiendo la gente, sobre todo en lo que era el consultorio, me di cuenta de que a veces la gente, en una salita, en una oficina, toma mucho más, está mucho más atenta de lo que uno le pueda entregar como información ya, uno la tratan como una profesional más sin saber que es alumna, y sí están preocupados más de su salud(13) algunas personas y quieren un poquitito más de información aunque a veces se torna un poco monótono porque en consultores y en crónico siempre es lo mismo, entonces uno termina diciendo tantas veces lo mismo, y gente que a veces igual llega descompensada, que da a veces un poquitito de lata, como pucha, estar diciendo siempre lo mismo, y viendo que no hay ningún resultado, porque la gente sigue estando de la misma forma, osea, siguen siendo el hábito, la costumbre, la cultura, y, y no hay cambio, no, no hay cambio a pesar de que uno puede, puede educar a las personas, ehh, eso en lo que es la parte de información, y ahí yo me preocupé un poquitito más y me di cuenta lo importante que podría ser educar a las gentes a las comunidades, porque siempre cuando hay estas cosas, no sé poh, en los centros de allá, yo estudie en Punta Arenas, y en Punta Arenas se hacían como, como, en la escuela, no me acuerdo el nombre que tenían, pero siempre se hacían como hartas cositas, y dentro de eso participaba mucho la universidad y formábamos y hacíamos la Educación para la comunidad, no me acuerdo como se llaman, sé que habían hartos consultores y que, muchas cosas, y dentro de eso estaba la Universidad que hacía Educación, y la gente se interesaba mucho de las cosas que uno les podía informar, y ahí reuníamos a la gente, y ahí se podía entregar más educación, pero yo creo que es una cuestión cultural, la gente cuando está enferma lo único que

quiere es las pastillas y para qué son y nada más, no les interesa saber mucho de lo que tienen, mientras se vayan, compensados la enfermedad que ellos tengan.(14)

En el Hospital, yo, como digo, no eh, lo que es información, nunca he buscado acá, así como lo hacía en la universidad, o cuando estaba en el hospital, nunca lo he hecho, como como se nos ha enseñado en la Universidad, solamente, eh, he educado a través de la entrega, de la entrega de las altas, es la única forma de la que yo trato, yo me trato de darles un poco más de tiempo y no explicarles sí de su enfermedad, sino solamente, explicarles en qué consisten sus medicamentos, todas las consideraciones que se les da al alta, eh, para que no se vayan tan desorientados, pero ... no más que eso, osea yo creo que las veces que hemos educado acá, siempre ha sido con respecto a la insulina, cuando hay pacientes que se van con insulina a la casa y que no manejan mucho el tema, ahí, yo creo que es lo que más hemos educado, con folletos que nos han dejado, la técnica, me ha tocado, yo creo que hacerlo, dos veces o tres veces, pero tampoco es una gran educación, eh tampoco es mucho tiempo, sino enseñando técnica nomás, es pura técnica que se enseña, es formándole, osea dándole la importancia de por qué no pueden ser más, por qué no puede ser menos, por qué no hay que equivocarse en la administración del medicamento, pero es lo máximo en educación que hemos hecho acá(15), con respecto a alguna enfermedad y mantener mayor educación con los familiares y pacientes.

A ver si se me diera la posibilidad de educar,...no sé si sería de un tema específico, no sé, se me viene a la mente, hay, no sé yo estando en este piso, lo que más veo son accidentes vasculares, no sé de repente, enfocarse en esa parte, para poder educar a la gente, que ya está llegando muy joven teniendo accidentes vasculares, muy jóvenes y ahí hay que enfocarse, quizás en todo lo que es la, la sus hábitos, sus costumbres, no sé poh, la forma de vida como la llevan(16), y la forma de educar, yo creo que es complicado eso, porque cómo, cómo poder, en un servicio de hospitalizados poder hacer una educación, no sé yo creo que más que los familiares, más que a los pacientes, yo creo que aquí habría que educar a los familiares, y para eso, tendríamos, que tener un entorno, especial para poder educar, no, en una sala no se puede, en una oficina chica tampoco, porque igual, el calor, o desalojar un poco la sala, tendría que ver algún auditorio, algo, que sea específico, para dar esas educaciones a los familiares, porque los pacientes van a estar en sus camas hospitalizados, y yo creo que de esa forma osea, más interactivo, no tanto escrito, ni siquiera los data, los encuentro tan tan, eh, práctico, considero que por ejemplo, los folletos y los encuentro bastante prácticos, la gente como que tiende a leerlos, cuando hay algún tipo de folleto he, y quizá con la experiencia de las personas, educar, creo que llega más, más que un dibujo bonito, un monito bonito, yo creo que eso, quizás esas unidades que se hacían como contaba, eh, o quizás, eh, estas como hacer los centros de personas que son, o de alguna enfermedad que tienen, entonces ellos hablan así como en círculo, de sus experiencias, entonces, eh, quizás esa es la forma de poder entregar algún tipo de educación, creo que esa sería mi forma, jaja. No las otras que las encuentro aburridas, estar ahí sentado, escuchar a alguien hablar solo, y la otra persona y la otra persona que está atenta lo ve y la que no está atenta no lo ve, creo que si es participativo para todos, y la forma de participar, yo creo que es como en círculo, que alguien hable narre su experiencia(17), eso.

Mmm, en realidad, no sé, estoy tan como, es, es, es como tan radical el cambio de la universidad al trabajo, que uno llega en tan poquito tiempo a olvidarse de lo que le enseñaron, por el tiempo que se está aquí en el hospital, osea aprendiendo otras cosas importantes como la kine o estabilizar al paciente que se deja de lado esto de la educación(18), así que no sé, yo creo que habría que enfocarlo de otra forma, la forma de educación a a la gente del hospital, habría que buscar otro método para poder entregar una educación a la gente, que considero yo que es importante, no no ... para nada, como lo hacía en la Universidad el educar, considero que es importante entregar a los pacientes información de lo que les está sucediendo o de lo que ellos consideran que no saben, pero que, no hay tiempo, no hay los recursos, no hay el lugar adecuado para poder entregar una educación, ni siquiera nos capacitan, osea yo creo que de partiendo por capacitarnos sobre como educar sería bueno, osea nuevos métodos de educación, sería importante.(19)

DISCURSO 03

¿Me puedes contar qué significado tiene para ti, la “educación para la salud”, y cómo has podido vivenciarlo en tu ejercicio profesional?

Bueno, Eh, el término yo pienso que se empieza a gestar un poco en la Universidad cuando una, le pasan lo que significa la Educación para la Salud, ahora, eh..., personalmente yo siempre lo había asociado un poco más a consultorio, y de hecho cuando estuvimos en el internado de salud comunitaria en Hijuela, hace mucho tiempo atrás, como que hicimos harto, fue como super fuerte: planificamos diferentes tipos de educación, en diferentes ámbitos, allá en el consultorio y fue bien entretenido(1), estaba con una compañera allá y fue bien eh, fue muy bueno lo que se gestó entre los distintos grupos comunitarios que vivían en el lugar, con nosotras que éramos las internas que llegaban ahí al lugar. Eh, eso fue como una primera parte, ahora después en el ámbito cuando uno entra a trabajar, eh, ahí me tocó cirugía del hospital Gustavo Fricke, personalmente creo que no fue mucho mi aporte aquí en el tema, porque eh... no, no es que no hubiera qué enseñar, sí habían muchos temas, por ejemplo, que se podían hacer, pero, teníamos una carga asistencial súper fuerte que no nos permitían estar como todo el tiempo haciendo Educación en Salud en las salas, por lo menos, no sé, a lo mejor recién salí de la Escuela y como que no lo asociaba tanto al ámbito hospitalario la Educación en Salud, como que tenía mucha más idea de los planes y la planificación que uno hace previamente como para dar un proceso educativo, en el fondo, en la consulta, eh... y después, cuando trabajé en la UCI, en realidad no fue nada ahí, porque no tenía mucho contacto con los familiares, casi prácticamente nada(2), nada, y... bueno, yo creo que me ha cambiado un poco, osea cuando empecé a tener un contacto con lo que hacían los internos de enfermería, como que me cambió también un poco la perspectiva de lo que estábamos haciendo acá, porque creo que hay hartas cosas que se pueden dar y enseñar a los familiares, en la medida en la que uno también tiene la disposición de darse el tiempo(3) y ellos también como que cooperan en el asunto para tener, en el fondo, un paciente que se vaya con todas las indicaciones bien al alta, y que la persona no se sienta, ni los familiares ni nosotros nos sintamos como tensos al momento que ellos se van, sino que sepamos que en el fondo eh... ellos se van tranquilos porque saben que lo van a hacer bien y nosotros también nos vamos tranquilos porque sabemos que ellos lo pueden manejar y que no va a depender que haya alguien externo(4) tal vez que esté yendo a ponerle la insulina, sino que él aprendió acá y se siente seguro de lo que está haciendo, entonces, eh... ..

Aunque debo reconocer que no siempre, es algo que a mí me guste como demasiado, en el tiempo digamos, pero así se, me ha tocado con la perspectiva que yo tenía de que a lo mejor la Educación para la Salud era mucho más hacia la enfermería comunitaria que, y que acá también se puede hacer bien, cuando uno se planifica bien, y cita a los familiares previamente, y hace la... osea como que lo planifica con ellos y se va haciendo (no sé cómo explicar) entre ambos, en el fondo, el asunto, no ... acá, hay dos cosas que hemos haciendo hace poco, que son, osea, a lo mejor lo hacían hace mucho tiempo atrás, que es: la educación en administración de la Insulina y las cosas que tienen que ver con los cuidados de la Gastrostomía, que son acá procedimientos que no se hacían anteriormente, que.... y que incluso para familiares que tienen hace mucho tiempo, no sé hijos, que tienen problemas que han sido crónicos de daño cerebral, qué se yo, aún así se han puesto como nerviosos al momento de dar el alta, porque creen que en algún momento no van a poder manejar eso, y a mí eso, por lo menos me coloca en ene empatía en tratar por lo menos de que ellos se vayan también tranquilos con la educación que uno les puede brindar acá de cómo manejar eso y cómo seguir los cuidados en la casa y también todas las posibles complicaciones que se puede tener, como para en el caso de qué, como qué ellos tienen que tener claro como para consultar, en el consultorio o acá en la posta, y todo eso, entonces y creo que es una responsabilidad grande también pa nosotras entonces... eh... lo que no siempre, a lo mejor la había asumido de esa manera, creo, como le digo como que también siempre había sido como un proceso educativo como entregado, no sé, en una junta de vecinos o qué se yo, o en el ámbito de la enfermería comunitaria y ... pero nada como ... creo que es distinto creer que se puede(5)...

El año pasado vinieron los internos de cuarto y quinto año y también estuvieron con familiares enseñándoles todo lo que era, como cuidado de paciente postrado en el fondo: baño en cama, todo

lo que son las técnicas de enfermería como básicas, el paciente que no se puede mover, lo estuvieron haciendo con la señora Ivonne, en el octavo piso, la Francisca, el Aron, y la Cony, y creo que para los familiares, llegaron super contentos también porque es difícil ya saber que alguien va estar, no va a poder obtener mucho más a lo mejor, no se va a poder levantar mucho tiempo de su cama, o va estar, o estar un largo tiempo, y más difícil es cuando no saben ni como lo van a manejar entonces, como el hecho de cómo dar, de enseñar a hacer esto, creo que ahí está, yo creo que nosotros como sabiendo que a lo mejor no van a volver a retornar el paciente como con escaras, entonces, no es siempre lo que nos resulte bien, porque no siempre están todos como con la disposición para hacerlo pero cuando ellos están, creo que hay que aprovecharla también,(6)

Eh... entonces la educación para la salud implica.....como decir, en el fondo, en el que está involucrado el paciente, familiares y nosotros, como un ... como en un espacio de retroalimentarnos de lo que el paciente necesita, de lo que el familiar cree que necesita, y de lo que nosotros podemos aportar a eso(7), en el fondo, creo que, por lo menos aquí en el ámbito hospitalario, ahora en, como en el área de atención primaria, es mucho más amplio creo yo, porque implica como saber como las necesidades que tiene toda una comunidad o población(8) o lugar en el que vamos a estar, y a propósito de eso también, saber qué es lo que uno puede entregar como ahí. Pero por lo menos acá creo que, para mí modo de ver, por lo menos creo que es eso, en el ámbito como de la atención cerrada, por llamarlo de alguna manera.

Este tema se va gestando desde la Escuela y después con la práctica diaria, porque no es que, uno cuando sale de la Escuela tiene la visión de lo que le han enseñado en el fondo, que es saber como la teoría, en el fondo, de saber qué es lo que va a requerir, saber previamente todos los, a quién uno le va a entregar un proceso educativo, a quién, de qué manera, y con todos los, a lo mejor, los puntos que tiene la teoría, pero cuando lo hace después en la práctica, creo que hay muchas cosas que de repente, que... a lo mejor a mí, se me olvidan, o no las tengo todas a lo mejor en el momento, eh... no las veo así como globalmente, pero en el fondo uno trata de que sea como un proceso en el que están todas las variables involucradas. Creo que se va gestando, desde la Escuela en todo caso, de todas maneras, porque eh... uno trae toda la teoría que a uno le han enseñado de cómo saber qué es lo que van a requerir las personas, y saber a qué tipo de personas vamos a dirigir esa educación también, para saber hasta con qué lenguaje hacerla,(9) entonces...

Me gustaría dar énfasis (si de mí dependiera) en entregar educación en.. a cuidados de pacientes postrados, que fue lo que hicieron un poco los chiquillos el año pasado(10) y eh... los pacientes diabéticos, todo lo que es la educación de la administración de la Insulina, con cuidado de sonda naso gástrica, cuidado del pequeño vacío que se va a domicilio, sonda foley, sonda naso gástrica, gastrostomía, y... y también como las cosas, dentro de esto como en general, y también las cosas que tendrían como que fijarse los familiares, para poder consultar nuevamente si es que pasara tal o cual cosa que ellos vieran, ... creo que eso. Acá, todo lo que es como cuidado, en el fondo, posición, de los baños en cama de todo lo que es prevención de escaras, y el vacío que se va...

Pienso que el mejor horario para educar es en la tarde creo, jaja, porque en las mañanas, es como, un poco porque están dejando indicaciones, porque hay que tomar exámenes, porque en la mañana es como un poco caótico,(11) a parte de que en la tarde también están los familiares acá, entonces....

Con esto del Hospital Amigo, vemos que se favorece la relación con la familia, con buena disposición de parte de ellos, porque no siempre es así tampoco, la favorece en la medida en la que ellos tiene disposición para. Porque así como que tienen buena disposición, nos llaman como a domicilio para saber que, está pronto, para planificar el alta, en el fondo, está pronto a irse de alta, y no ha venido hace mucho tiempo atrás y no sabe que se va a ir con insulina a la casa, y de repente, no tenemos,... a veces sí, a veces hay gente super, y a veces no. Entonces... creo que lo favorece, porque claro, el horario, es como bien también, es gran parte del horario que están que es de doce a seis, pero a veces también lo entorpece porque no siempre todas las personas están dispuestas a participar en el cuidado del enfermo, en el fondo como que creo que de repente, eh..

como el hecho de tener al paciente en un hospital es como de repente como cargar la responsabilidad al personal de salud y yo lo veo como súper en conjunto, osea como que creo que se, que la persona que está, bueno acá hay harta gente, se va a ir de alta en un tiempo más, creo que es, como deber también del familiar aprender todo lo que se está haciendo, no solo dejarle toda la responsabilidad al personal de Salud, pero no siempre se entiende así tampoco, entonces, en eso de repente tenemos problemas, porque el hecho de que, osea insisto, tener el paciente acá en una institución, pa' mí no es como sinónimo de que ellos no puedan colaborar en. Porque de hecho al irse de alta, lo van a tener que hacer ellos, entonces, ...eso, eh, favorece en algunos sentidos y desfavorece en otros, pero eso depende también mucho de la disposición que el familiar tenga como para cuidar a su, a su enfermito(12).

Mmm... creo que aquí como en este servicio, hemos como mejorado hartito a lo largo del poco tiempo que lleva este servicio que, lo hemos ido haciéndolo en el camino, en el fondo, y creo que nos gusta que sea así, porque creo que todas hemos aportado hartito de nuestra parte y también entre el mismo trabajo con los internos, entre las chiquillas que han venido de antes, entre la señora Ivonne que es la supervisora, entre todos, como que hemos tratado como de ir mejorando la calidad de la atención que se da acá, y eso como que me gusta, porque veo que también hay un trabajo en conjunto, y creo que se podría también hacer mucho más, a lo mejor como que se podría hacer un programa de Educación para la Salud, dentro del servicio, pero eh.... Creo que todas como de a poquito como que hemos ido avanzando un poco más en eso, tratando de planificar un poco más a lo mejor los días previos al alta y no quedarse en tanta discusión teórica(13), con las cosas que debían a lo mejor ya haber aprendido cuando ya salía un poco que esa era la idea, sino mejor, no sé po, coordinando mejor la receta con el médico con el familiar, con el mismo paciente, entonces, eso....,

Tratamos de clarificar las reglas antes, osea, si sabemos que el paciente acá empezó a usar insulina, hay que enseñar al familiar de que se va a ir con eso y hay que enseñarle a aplicarla y por eso digo, personalmente no siempre para mí es fácil, pero, pero... creo que es un proceso, no en el momento del alta, sino desde antes también, pero es un proceso en el que hemos ido, a lo mejor poniéndonos de acuerdo desde el médico, no sé, si sabe lo que el familiar todavía no ha aprendido o que nosotros tenemos la seguridad de que saben cuando el paciente se va a ir y que a nosotros nos de la seguridad en el fondo de que Y que eso es responsabilidad nuestra, y que eso lo tenemos que coordinar nosotros también, con ellos y no solamente el momento del alta,(14) sino previamente también, entonces

Creo que como en la vida, esto es como crecer, porque no es lo mismo la educación para la salud cuando te la dan en la Escuela o cuando recibes el internado que lo que tienes ahora es lo que significa, y creo que también las personas trabajando en conjunto como que también las cosas pueden buscar algún parámetro, dentro de este servicio(15), me gusta pensar también que puede ser así. Eso.....

DISCURSO 04

¿Me puedes contar qué significado tiene para ti, la “educación para la salud”, y cómo has podido vivenciarlo en tu ejercicio profesional?

Mira yo la Educación para la salud, como que se me enfoca hacia la atención primaria, ya? yo creo que por ahí debería partir todo, para no tener una población tan enferma como la que tenemos, Educación en cuanto al autocuidado, alimentación, higiene, prevención o manejo de las enfermedades crónicas, yo creo que por ahí, estaría el foco de la Educación para la Salud,(1) ahora, como yo trabajo en el área hospitalización, en el área clínica, eh, lo que nosotros hacemos acá, es, eh, educar al paciente, muchas veces pre-alta, y ojalá, dependiendo del tiempo, dependiendo del tiempo es cómo lo vamos educando respecto de sus patologías crónicas para que no tengan una reincidencia en sus hospitalizaciones porque hay mucha gente que es reincidente, asidua a l hospital y es porque o no tienen una buena información con respecto al tratamiento, lo que es la enfermedad en sí, o no tienen alguien que les ayuden a entender lo que les pasa y cómo tienen que cuidarse, así que nosotros en general empezamos con los crónicos reincidentes una educación con respecto a la patología, en qué consiste, cómo manejar, cómo prevenir y les damos bien aleccionados en el momento del alta el tratamiento, horarios, dosificación, para qué sirve cada fármaco y como evitar complicaciones, incluso les entregamos algunos trípticos, dependiendo de la patología, para cómo cuidarse en domicilio(2), y si el paciente no es capaz de entender, educamos a la familia y la idea es: a paciente y familia al mismo tiempo, sobre todo si son viejitos.(3)

Ehmm, eso no sé, qué más te puedo decir...

Ahh.....la Educación para la Salud, significa enseñarle al individuo a estar sano poh, ese es el ideal poh, que tenga una vida, sin tabaco, con muy poquito alcohol, porque no se puede dejar de consumir alcohol, jaja, el mantener una actividad física, el aire puro, comer sanamente, eh, evitar la obesidad, por ende la hipertensión, y así una serie de cosas más, osea en el fondo, educar desde que empieza el niño a ir al Colegio, para una buena salud, para mantenerse sano, en el fondo eso: para no caer en la enfermedad(4), para mantenerse sano, ehh,

Ahys, yo creo que, yo creo que antes no, yo creo que cuando uno empieza la etapa laboral, pienso yo fíjate, porque ahí nosotras nos topamos con la gente, si estamos metidas en el área hospitalaria, ahí nosotras nos topamos con la enfermedad en sí poh, entonces, ehh, el concepto Educación para la Salud, es justamente evitar que se enfermen, ese es el ideal, nuestra gente, nuestro pueblo abusa mucho de su buena salud, por lo tanto se enferman, abusan mucho de las drogas, actualmente, se ha abusado desde siempre del alcohol, por lo tanto tenemos una cantidad de gente con Alcoholismo crónico que eso conlleva a una serie de otras cuestiones además, eh, y eso básicamente, la gente no se cuida, alimentos grasos, colesterol por las nubes, accidentes cerebrovasculares, ehh, la obesidad por lo tanto ya tienes hipertensión que van todas unidas de la mano en el fondo es abusar de la buena salud, por lo tanto se enferman(5), por eso yo pienso que la educación para la salud debería empezar desde que los niños están, ojala en el Colegio y ojala, para ahí empezar la formación hacia la buena salud.

Uno se va autoformando, leyendo, leyendo algunos textos y la experiencia que te da el diario vivir, con lo que uno se va topando con las patologías más comunes y ahí va estudiando para orientar a la gente al automanejo(6), eso.

Ahora más que nunca, oye, ahora que estoy muy anciana, que llevo muchos años de trayectoria, eh, que veo tanta, tanta, tanta gente enferma, tanta, nuestro pueblo es muy enfermo y gente que son, que tú los mandas entonaditos pa' la casa, pero como un chiche, y a la semana están de vuelta en el hospital y es porque o no tienen interés por sanarse o les gusta estar en el hospital porque es cómodo y les atienden muy bien, y tienen de todo, ó no hay algún familiar responsable que se haga cargo de ellos y que los manejen en la casa y que los puedan cuidar(7). Además nuestra población es tan longeva, por lo general los ancianos tienen multipatología por lo tanto, y muchas veces es un anciano abandonado, es un ser que vive solito, que no es capaz de manejarse porque leen mal las indicaciones de los fármacos, leen mal la dosificación, que no saben cuál de las pastillas tienen que tomarse, entonces no se pueden autocuidar ellos, y, eh, eso

reincide en que nuestra gente vaya reingresando, reingresando, como esos pacientes que ya son parte de la casa muchas veces, por lo tanto, eh, como he visto este aumento en la patología en la reincidencia de los pacientes, creo que la Educación debería dirigirse a la comunidad en general, la comunidad sana entre comillas, para evitar la llegada al centro hospitalario,(8) eso.

Yo creo que desde uno empieza a trabajar comienza a educar, yo no me acuerdo de mi etapa de estudiante si yo le di mucha importancia a la educación para la salud, pero eh, yo te diría que de apoco, en el transcurso de los años, esto ha ido como "in crechendo", en la necesidad(9), eh, el hecho de poder tratar de que la gente sea más autovalente en el fondo, no tan dependiente del sistema de salud, eh, yo creo que ha sido en el transcurso de los años, además, lo otro que se ha visto dificultoso es que la gente, nuestro público, nuestros pacientes, nuestros clientes, son de muy difícil entendimiento, les cuesta entender lo que tú les estás explicando, muchas veces con dibujitos, con gráficos, con letras con colores, y les cuesta, les cuesta retener la indicación, entonces, como que se requiere un refuerzo, tanto de la persona que viene, como de otras personas que deberían ayudarnos en la educación, llámese médico(10), el médico muy pocas veces educa, porque no le queda tiempo, no sé qué, pero eh, yo creo que nosotras, somos el pilar de todo, nosotras las enfermeras, el pilar pa'todo, creo que somos como la madre, entre comillas de la gente que llega a apoyarse en nosotras para recuperar su salud(11), eh, pero cuesta, cuesta hacerles entender a la gente, muchas cosas, como por ejemplo por qué la rigurosidad de horarios en la medicación, por qué tiene que ser tal o cual dosis, eh, por ejemplo en las rotaciones de las insulinas, por qué tiene que ser no en otro lugar donde él se lo vea, sino que pida ayuda para ir rotando el sitio de punción, la técnica del autocateterismo, por qué para qué, el uso de la gastrostomía y así una serie de cosas, como se ha ido como eh, como, talvez como complicando la atención del paciente, porque hay tanta atención invasiva, tanto método invasivo con el que el paciente se va a la casa, cuesta que la gente, le pierda un poquito el miedo al manejo de esas cosas, y eso también es Educación(12) poh, y eso cuesta, cuesta, cuesta que la gente pierda el miedo, que tenga destreza, a pesar de que tenemos miedo de enseñar, pero igual te gasta te vas desgastando y te va quitando tu tiempo, tu tiempo laboral, eh, pero ha sido en el transcurso de la trayectoria a la ancianidad que, que eh, jaja, que uno va rescatando cada vez más la educación, yo insisto, básicamente tiene que ser a nivel comunitario, a nivel de barrios, de centros de madres, no sé, que se armen grupos, de apoyo educacional para mantener la salud, porque ya cuando llegaron a cá, ya hay un gran tiempo perdido(13), ya, tiempo perdido.

Haciendo memoria te puedo decir que mi desempeño siempre ha sido intrahospitalario, siempre, en dos oportunidades cuando era muy jovencita, como hace mil años atrás, eh, rural se podría decir, en la Isla de Pascua, dos meses en una oportunidad y cuatro meses en otra oportunidad, en que hacía de todo, eh.. atención clínica y atención primaria, y ahí, ahí era maravilloso, porque enseñabai alimentación, vacunación, hacíamos clase en la radio, con respecto a, ponte tú, al desarrollo psicomotor, cómo estimular a los niños, en la radio, hacíamos clase en la radio, y la gente ávida de esos programas, porque aprendían poh, el manejo de la sarna de la pediculosis, cómo tratarla, cómo prevenirla, y a parte que la radio era un medio que llegaba a todo el mundo, a todo el mundo, en un horario que era clave intercalado con música y ahí dábamos nuestras clasecitas, eh.. era bien positivo(14) eso, bien positivo, esos son mis únicos dos períodos así bien chiquititos en atención primaria, el resto han sido siempre clínicas, siempre, siempre, siempre.

Siempre he trabajado con adultos, me da una pena negra, yo no podría trabajar con niños, (15) no no, ni siquiera lo he intentado, porque cuando me ha tocado, por ejemplo, antiguamente en mis antiguos períodos de turno de hospital, sobre todo en la noche, tenía que tomar servicios que tenían niños, por ejemplo urología, otras veces oftalmología, y cuando me tocaba hacer alguna técnica a esas criaturas yo sufría enormemente, por eso yo no puedo trabajar con niños, no puedo, es superior a mí, por eso me dediqué a la atención de adultos, toda mi vida, ya llevo treinta y dos años ahí, toda mi vida, ah, harto tiempo, jaja.

En una escala de 1 a 10 yo le daría talvez un 5.5 no más a la educación para la salud real que hacemos que eso, fíjate, porque no siempre está el tiempo necesario que uno quisiera para poder educar, sí, estamos siempre tan a la carrera haciendo tanta cuestión, tanta cuestión, eh... y tratando de tapar los hoyos que otros tengan, eso es tan propio de la enfermera, para que nada falle y nada esté cojeando tapas todos los hoyos, por tanto tú pega, tu pega, te queda poco tiempo

para hacerla, y poco tiempo porque hay que llenar mil papeles que se les ocurre cualquier cantidad de cosa actualmente, hay mucha rutina y poco tiempo para estar con el paciente(16), entonces no le doy mucha buena nota, no le doy buena nota, pa' nada, pa' nada.

Nosotros educamos cuando estás preparando el alta, que ahí le das como tarro, ponte tú si llega un paciente descompensado, desde el minuto uno que conoces al paciente ya empiezas a aleccionar a indagar qué sabe, cómo se maneja, etcétera, etcétera, ese es el minuto uno. Los cardiopatas igual cosa, los pacientes crónicos que son los que tienden a reincidir en las hospitalizaciones, eh, y eh, también, por ejemplo los accidentes cerebro-vasculares, que son los cuidados a futuro, qué es lo que se puede esperar del paciente, como va a ir evolucionando desde que conocemos a la familia casi al día siguiente de llegado el paciente, se tiende a hacer precozmente pero se da mayor énfasis el momento del egreso, y eh, además cuando hacemos alguna técnica con el paciente, ahí aprovechamos de recalcar algunas cosas: paciente hipertenso, con respecto a la dieta, al diabético, lo que es el régimen, (17) que se los pilla en el velador con cosas ricas que uno se las queda para uno, jaja, es una cosa constante, día a día, día a día, sí; pero no queda mucho tiempo como te digo, al final uno tiene que dar de su tiempo libre para hacer todo lo que tiene que hacer en el día, siempre, todos los días, regalar una o más horas al día, siempre, porque con el tiempo laboral que tú tienes no alcanza, no alcanza, así que siempre tienes que estar preparando tiempo para hacer lo que uno tiene que hacer y uno irse tranquila con su alma y su conciencia, sí(18).

Bueno como te decía yo, para mí lo ideal sería una educación desde los preescolares, ya desde que empiezan con una educación formal, yo creo que se le está dando énfasis actualmente con respecto a eso, con la alimentación sana, el ejercicio, la actividad física, los hábitos de higiene, yo creo que se está dando énfasis en esa línea, desgraciadamente muchas veces lo que los orientadores, los profesores empiezan a enseñar no hay un quórum en la casa, porque nuestra población está siendo cada día más peor, yo la encuentro que mucha gente floja, viciosa, y tanta otra cosa, que los niños no tienen una conducta, un ejemplo a seguir en su casa, entonces se les provoca un quiebre, con lo que les enseñan en el colegio con lo que les enseñan en la casa, no hay una buena orientación familiar que los siga orientando por la buena senda(19) en el fondo, y, lo otro que sería muy bueno que hubiera apoyo de la parte atención primaria, pero parece que también los profesionales de la atención primaria están medios cortos en tiempo, me da la impresión, como para que lo que uno pueda enseñar acá, ellos poder supervisar el domicilio, porque podrías por ejemplo enseñar una muy buena técnica pongamos en auto cateterismo, y tú no sabes si en la casa lo van a hacer realmente bien o no, donde los policlínicos periféricos, pero no sé si ellos tendrán tiempo o no, creo que no, creo que no, entonces ahí también se produce otro quiebre, que lo ideal sería que fuera como en línea directa, que lo que tú enseñes acá, sea supervisado y mejorado en domicilio, sería ideal, pero creo que no se va a poder porque también falta recurso humano en el APS y ahí se producen los quiebres y la gente, ponte tu, que se va con auto cateterismo regresan a los quince días infectado, infectado porque o no se lavaron bien las manos o las condiciones de la casa no eran las más adecuadas(20), o qué se yo, pasaron muchas horas en las que el paciente estaba con el pichi retenido, etcétera, etcétera, entonces lo que lograste enseñar bien, se echó a perder en un tiempo corto, y el paciente reingresa, en más malas condiciones de las que se fue, eso.

DISCURSO 05

¿Me puedes contar qué significado tiene para ti, la “educación para la salud”, y cómo has podido vivenciarlo en tu ejercicio profesional?

Osea, osea Educación para la Salud es como nuevo, como encasillado en un, un término, como extraño, uno no lo practica, yo me acordaba, que en el consultorio por ejemplo, se daba educación a los pacientes hipertensos, a las mamás cuando llevaban a los niños al control sano, pero así como el término educación para la Salud, yo nunca la había escuchado en la Universidad realmente, no... nunca lo vi, y tampoco lo entiendo, yo creo que uno va siendo autodidacta también en eso poh, porque va viviendo, y vai explicándole tus conocimientos cuando el paciente se va de alta con los medicamentos, con los cuidados que tienen que tener, con el régimen, con el reposo(1), esas cosas, yo creo que cada una tiene su forma diferente de educar a los pacientes en ese aspecto, al momento del alta, o cuando el paciente empieza a... se tiene que administrar insulina por ejemplo, hay que empezar a explicar a la familia el cateterismo, son procedimientos que son menos frecuentes pero sí se presentan aquí, yo creo que cada una tiene como una técnica diferente, lo explica de forma distinta, no hay una pauta pues, y yo trabajé en el pensionado, trabajé en el SAMU de amiga de medicina que era de baja complejidad, y aquí, y no hay como una pauta, no hay un pauteo de: vamos a hacerlo así todas, con lo que contamos de repente son con Trípticos, y uno hace la entrega de eso al paciente o al familiar para educarlos, pero tener algo así como estandarizado dentro del servicio, no, nunca, primero el término ese como el título, no, tampoco, yo no se si alguna de mis colegas ha escuchado alguna vez, no, no creo.

Es como cotidiano pero no es algo que esté estandarizado aquí en el piso, ni tengamos normas, ni tengamos ningún tipo de cosas, porque no, yo creo que nadie, no sé si hace tiempo existe el término, o recién, digamos como algo no sé poh, escrito, porque no... yo creo que es importante y siempre está presente, pero no con el título que tú me estás dando ahora, yo no tenía ni idea que estaba normado así, como "Educación para la Salud"(2) porque siempre se hace poh, se hace con el familiar, se hace con el paciente, se hace con el personal, la Educación también es estar explicándole al familiar cuando también son parte de lo mismo, no hay nada como normado como estandarizado, y como te digo, cada una lo hace de forma diferente o lo explica de forma distinta, para la alta de los medicamentos, que tú vas entregando, pa qué lo que eh esto?, ahí tienes que ir explicando más o menos para lo que son, entonces va todo dentro de ese término pero como forma autodidacta de cada una(3).

Del uno al diez, yo creo que es super importante, tanto como para el paciente como para los familiares. Porque es una forma de... al educarlos tú les estás dando una herramienta de qué es lo que les pasó, y para que sepan qué es lo que tienen que hacer, por qué hay pacientes que han llegado con accidente vascular aquí y que se van pa la casa postrados o se van que se yo con limitaciones, entonces la familia se va asustada poh, entonces el hecho de educarlos tú y de explicarles de que no es tan terrible la cosa y de darles como las herramientas para que ellos en su casa puedan manejarlo, se van más tranquilos(4), entonces, yo creo que es súper importante para ellos, con todo lo que preguntan, hay cosas, las más mínimas que preguntan, uno cree que son de Perogrullo, pero uno se pone en el lugar del familiar que no entiende nada de esta área, si ese es el problema, porque a veces uno está tan metido en esta cosa, que tú entiendes bien lo que va a pasar, pero ellos no poh, porque uno está tan metido aquí, es tanta la carga de trabajo que uno a veces se olvida, oye “verdad que esta persona no tiene por qué entender poh, no tienen por qué saber lo mismo que se yo, si para eso estudié yo, entonces es súper importante, un 3, un tercer lugar o algo así, segundo lugar, educar al paciente que está hospitalizado, educar al familiar de los pacientes, porque muchas veces, llegan los pacientes contenidos por ejemplo y es importante que sepan que es un ... de contenido, para que sepan que no se saque la sonda(5), porque resulta que se sacan ... se sacan todo, entonces, educarles para explicarles que eso es para evitar que el paciente sufra, porque esa sondita que tiene puesta lo va a alimentar, el suerito le está ayudando a hidratarse y así, entonces al final, es como, como cotidiano, yo creo que todos estamos educando

a los familiares, todos estamos educando a los pacientes, lo que pasa es que no nos damos cuenta porque es parte de la rutina, y no hay nada así como, como, no sé poh, como normado nada, como que pasa inadvertido(6), pero pucha que es importante, ahora que lo preguntan, uno dice, sí, si es importantísimo, porque gracias a eso se va a la casa bien, o tú sabes que se va a ir, por lo menos va a tener precaución de las escaras, van a tener más precaución al alimentarlo, al moverlo, en la alimentación, entonces yo creo que es super importante,

Yo creo que no hay mejor momento para educar, se van dando a medida de que va pasando la hospitalización del paciente que de repente el paciente, el familiar cuando tiene dudas se tiene puro que preguntar y ahí es cuando se debe responder las dudas como corresponde, no tirarlos por el desvío ni esperar hasta el alta, al paciente igual, a medida que van pasando las cosas, en el caso nuestro tenemos dos salas, yo estoy a cargo de una todo el día, entonces en ese momento los pacientes te van a preguntar cosas, tú tienes que responderle con argumentos y si se da la oportunidad irle explicando en el instante lo que se le está haciendo, por qué, para qué, y todo eso y sobre todo al alta, osea ahí hay que hacer como un compilado de todas las cosas que uno le ha explicado al familiar, al paciente, para que se vayan digamos, por lo menos con un poco más de conocimiento y de menos susto para la casa, entonces yo digo en cualquier momento es, es factible(7), cuando el familiar pide, ahí tiene uno que aprovechar, porque si no, hay algunos que son medios quisquillosos, entonces a veces es difícil como encontrarles, digamos el lado para poder empezar a explicar algunas cosas, entonces si se da la posibilidad hay que aprovechar no más poh, el momento que sea

Yo creo que en el internado, incluso de antes, cada actividad que uno hacía, en ese tiempo me acuerdo que como te dan un paciente, dos paciente, tú tienes más posibilidad de educar al familiar, de educar al paciente, uno tiene más idea, tení más tiempo, entonces yo creo que desde siempre, desde que uno empieza a hacer práctica y tení más conocimiento y más seguridad, vai como educando al familiar al paciente, de esa época, y con el tiempo uno lo va haciendo pero sin darse cuenta, cada vez los horarios son más pesados, los pacientes son más pesados, como que de repente, yo creo que , como que uno como que se empieza a abrumar un poco a veces, o le explicai a la rápida al familiar no te day la paciencia, no tení la paciencia o el tiempo a lo mejor, para poder explicarle mejor las cosas, pero yo creo que es de siempre, en la carrera, yo creo que desde que uno empieza con la práctica empezai con eso, y como que en ese tiempo uno tiene más posibilidad de hacer trípticos, cositas y monitos y que la educación y pegar cartelitos, en cambio ahora no, poh, ahora uno tiene un poco más de conocimiento por la práctica, con lo que uno ha adquirido, y como que uno no lo aplica tanto para eso.

Una va adquiriendo madurez, la experiencia, los años de trabajo te da otra visión de las cosas, pero yo creo que eso igual, no se aprovecha, por la misma carga laboral pues, porque a veces si tienes un paciente grave, no podí estarle hablando todo el rato al familiar, entonces, o tení que hacer otra cosa, tení que estar pendiente de la otra cuestión que tení que hacer, y coordinar el alta y seguí hablando ahí y vai al otro lado, entonces al final, ahí como que se diluye un poco eso, pero, que es importante sí es importante(8). Aquí sobre todo los internos educan a los pacientes, a los familiares, mmm, la otra vez se hizo una educación a un paciente postrado, todas las enfermeras que estábamos en ese tiempo con paciente postrado, y lo educaron como era el manejo de la casa, como se deben llevar en la alimentación, en el régimen, que les ayudaba a ellos para que.... ah?, súper bueno a la familia le gustó mucho. Hace como dos grupos de internos atrás hicieron esa educación y después les dieron un diploma a los familiares, les hicieron un cóctel, al final, entonces fue buenaso, esa cosa fue super buena, en, ... yo cuando estaba en el servicio general, osea nunca ví una cuestión que dijera, ya, eduquemos a todos los pacientes diabéticos, no, eduquemos, no, así como individual a cada familiar que tenga un paciente diabético y que se le esté dando insulina se le educa a él, pero tampoco es una cuestión formal, po, no es una cosa como digamos, que tengamos todas como estandarizadas(9), no, sino que ha medida que corresponde educarlo, lo educó poh, si hay un tríptico, uno le pasa un tríptico, hay que explicarle el procedimiento, explicarle para lo que sirve, y también explicarle la técnica, por lo menos un par de veces le explicamos la técnica, igual que los cateterismos, es lo mismo, se le educa a los familiares

y tiene que ver la técnica por lo menos un par de veces antes de irse de alta, entonces son más que nada, como individuales de cada enfermera, no es que eduquemos a todos los familiares(10), no.

Si tuviéramos más planificada la educación, porque muchas veces uno educa pero le falta más material digamos, si tuviéramos más materiales, por ejemplo para entregar trípticos para diferentes cosas, porque ahí arriba teníamos un lugar físico, porque ahí se ocupaba harto gastrostomías, y no tenemos ningún tríptico de ese tipo, que uno pueda leerlo y así recordar, porque es bueno, porque yo tengo re-mala memoria entonces de repente tengo que estar leyendo las cosas para acordarme bien, entonces, en ese sentido sí, pero más estandarizado sería juntar los familiares, pero eso sería más difícil, sería difícil aquí en el piso, digamos por la carga de trabajo que hay, no te das ni cuenta cuando se pasa el día(11), entonces buscar un espacio para poder hacerlo, juntar a los familiares, la gente, hay gente que, no sé la gente ahora está tan como negativa, que para que accedan a participar, a veces se pone difícil eso, muchas veces los pacientes, aquí los dejan botados, no vienen en un montón de días, entonces puede que tengan, sus dificultades, más que por nosotros, por las personas que estarían involucradas, aquí a veces tenemos cualquier cantidad de pacientes postrados que están, no tienen nada, mucho adulto mayor, entonces uno no saca nada con explicarles mucho a ellos, y los familiares están por ahí, porque vienen a la rápida y después se van.(12) sería ideal, por lo menos tener materiales digamos, como te digo los trípticos y qué se yo, nosotros pusimos ahí en el pasillo afiches sobre los cuidados de la UPP, lo que tiene que ver con las caídas, el manejo del paciente en el hogar, yo me imagino que hay algunos que lo ven tanto, así como hay otros tantos que ni los pescan(13), entonces sería lo ideal pero no creo que se pueda,

En cuanto a los temas: osea, si hay gente que por ejemplo, una sonda, cualquier tipo de sonda a la insulina a los cateterismos, ahí sí, pero familias de por ejemplo, pacientes que se vayan sin ninguna invasión sin ningún procedimiento externo a la casa, no le piden, osea uno entrega los medicamentos, y si uno entrega los medicamentos así nomás, ningún problema, te reciben la cuestión así nomás y no te preguntan nada, nada, no, no, son super pasivos a veces(14).

Ahora, lo nombras así como Educación para la Salud, uno se da cuenta que está que es intrínseco en uno, osea va conectado con el venir a trabajar con el atender al paciente, cuando tú le pones la vía, es como cotidiano en nosotras, lo que pasa es que no nos habíamos dado cuenta de eso, y no estaba nombrado, no tenía ningún título, por lo menos que yo conociera, entonces es algo como cotidiano, es algo que está siempre aquí como el trabajo de nosotros, es parte de lo que es enfermería, porque el educar bien a un paciente, el educar bien a los familiares, te ayuda a que el paciente, en la casa por lo menos tenga menos riesgo de un montón de cosas, la familia sabe manejarlo y eso es importante eso es parte de la labor de nosotras también poh, ayudarlos a prevenir nuevos daños, ayudarlos a entender su enfermedad, a saber manejarla, eso es parte importante de todo lo que estamos haciendo nosotras aquí mismo adentro del hospital, osea el hecho de que a un paciente tengas que inmovilizarlo no es porque se te ocurrió amarrar al paciente, porque mucha gente dice:"miren lo tienen amarrado como si fuera un perro", era porque se va a sacar la sonda se va a sacar las vías y me va a llamar el paramédico a mí no me interesa poner la sonda porque es re-fácil meter una sonda pa adentro, pero a la persona le duele, la persona sufre cada vez que le ponen una vía, esa cuestión, cuando me dicen:"se salió la sonda, se salió la vía" porque es el paciente el que sufre, no es el familiar entonces eso, por eso es importante la educación, yo creo que va dentro de todo, osea, está obligado en lo que es la carrera de Enfermería, porque es algo que hacemos todos los días.(15)

Ehhh, ... no poh, no tomamos conciencia de que es algo, algo como lo dices tú ahora, pero es algo que está siempre ahí, está siempre presente, tanto, educación para la salud, tanto para los familiares de los pacientes, como también para los paramédicos(16) y los que trabajamos, yo creo que todos y no uno mismo, siempre salen cosas nuevas que uno desconocía, entonces igual es super importante poh.

Yo creo que por ahí, por lo menos me parece nuevo el término, ehh.... pareciera que no se le daba importancia pero ahora parece que sí, yo me acuerdo que en la universidad no nos pasaron nunca eso y no creo que ahora lo estén pasando, porque parece que no.... a nadie, piensa que si yo tomo conciencia que es importante y que tengo que destacarlo digamos, va a estar más estandarizado, van a haber más cosas más normas respecto de eso, pero... pero como te decía yo, yo creo que siempre ha estado presente, desde las primeras prácticas de la Universidad, hasta ahora, porque yo ya llevo 6 años trabajando, siempre ha estado ahí, lo que pasa es que uno no se daba cuenta.

Yo creo que es importantísimo, pa todos lados, pa todos. Ehhhh, osea yo creo que es importante educar en todos los niveles, si la gente tomara conciencia para mí sería mucho mejor, porque la gente costaría menos tener un montón de gente aquí hospitalizada, llenando más posta, llenando los servicios, familiares llegando, qué se yo, sería ideal que la parte de lo que es prevención, se entendiera así y la gente tomara conciencia, pero ya que sabemos que la cosa no es así, tonces yo creo que es bueno a todos lo niveles, antes durante y después, poh, porque igual los pacientes que se van de aquí tienen que irse, los familiares con cierto conocimiento porque ya no se van con el mismo familiar con el que llegaron a la posta, sino que se va otra persona diferente ahora, muchas veces está postrado, los mismo pacientes que trabajamos aquí nosotras, que tienen otras necesidades, requieren otras atenciones, entonces igual es importante a esa altura, entonces lo ideal: prevenir, pero si no se puede, tiene que ser a todo nivel, es importante a todo nivel(17).

DISCURSO 06

¿Me puedes contar qué significado tiene para ti la “educación para la salud”, y cómo has podido vivenciarlo en tu ejercicio profesional?

e: mira, primero que nada, para mí la educación para la salud, es un concepto amplio, que si uno va de lo más sencillo a lo más complejo, uno pudiera decir: Educar a la familia, al paciente, para que aprendan determinadas cosas, (ya, pero en el fondo tú ves que) eso tiene una trascendencia mayor y un proceso, (después cuando tú lo empiezas a hilar más fino, te das cuenta de que en el fondo,) no solamente implica entrega de contenidos educativos, sino que implica que los familiares y los pacientes, (ehh,) asimilen lo que nosotros les queremos entregar para efectos del autocuidado(1), porque nosotros acá por ejemplo, entregamos varias herramientas para que el paciente después en su casa, se pueda seguir atendiendo, él o su familia, ya, pero, vemos que a veces los esfuerzos que hacemos acá, o la entrega de eso, es insuficientes, y cómo tú te das cuenta? Por el reingreso, a veces por ejemplo, tú entregaste conceptos a cerca de prevención de caídas, qué es lo que hay que hacer con un adulto mayor en la casa, como medidas preventivas, qué se yo, porque uno el énfasis casi siempre lo da como en la medida preventiva. Y después te reingresa al tiempo ese abuelito con hematoma, entonces, hasta qué punto creaste impacto con lo que entregaste, o no creaste impacto, entonces al final uno se termina retroalimentando, a través de la misma experiencia de los familiares, para ver hasta qué punto, eso que se hizo en ese minuto fue efectivo o no efectivo(2). Ahora, a nosotros en la Universidad el concepto te lo entregan, pero yo personalmente lo sentí muy ligado a la atención primaria, o sea, ehh, y el fuerte fue eso, o sea: "Preparamos al hipertenso para que se tome los fármacos, pa que cumpla con la dieta etc, etc", y así con las patologías crónicas de la atención primaria, pero no lo sentí mucho al tema: Atención cerrada, (3) ", ya? y acá, nosotros nos damos cuenta de que mucho de lo que nosotros logremos entregar acá, y si se establece un continuo, la atención primaria debiera continuar con esto, ya?, y que escapan ya en la actualidad lo que es el manejo del hipertenso, ahora es una gama mucho más amplia de aspectos a los cuales, tú tienes que formar a la familia y al paciente, para efectos del autocuidado,, y te lo piden, te lo piden como normativa ministerial, te piden que tú te organicen en tu jornada para entregar esos conceptos,(4), y también acá nos hemos pillado en la situación de la sobrecarga asistencial, de repente nosotros ocupamos el recurso interno de enfermería,(5),, para este tema, darle como más realce, que salga más nutrido, porque la enfermera clínica cuando está en contacto directo con su paciente, de repente, son muchos los aspectos y muchos los pacientes a los cuales ella quisiera darle información, respecto a temas bien puntuales, pero el tiempo te ve pillado y al final, terminas dándole un tríptico informativo, donde tú le dices, mire: esto que le estoy explicando, acá está más en detalle, léalo en su casa, y a veces no abor das todos los temas que debieras(6), tampoco se te dá una instancia, como de, de a veces incluso tener como un feedback con la misma familia, una retroalimentación para darte cuenta en ese mismo minuto, en qué parte lo dejé más débil, porque a lo mejor la gente te dice, bueno ya, y tú te quedas ahí, y después te das cuenta de que lo que entregaste, no llegó como debía haber llegado(7), quedó como en el aire, del 1 al 7, entendieron un dos nomás, tienes que pensar que la población que nosotros atendemos, socioculturalmente es muy básica, la escolaridad está limitada, la otra abuelita que te está escuchando, tampoco escucha, y a esa otra abuelita, tú le estás dando todos estos conceptos de manejo del hogar, entonces, hay una serie de barreras culturales y socio-culturales que en este proceso que nosotros queremos encaminar(8), de repente nos van poniendo trabas para lograr un éxito. Ahora, nosotros acá que estamos haciendo en el servicio, eh, estamos agrupando a los pacientes según necesidades educativas, según diagnóstico(9), según cosas similares que tengan los grupos, y sobre esos textos estamos preparando, ya?, pero no es una preparación que tengamos hasta este minuto sistemática, la vamos haciendo dependiendo de la llegada de los internos de enfermería, la vamos haciendo, generalmente se está haciendo focalizada y muy puntual par el alta de cada uno de los pacientes, pero individual, cuando logramos agrupar gente con necesidades comunes, ahí es cuando llegan los internos, porque ahí en el fondo tenemos como herramientas ya, ellos son como parte del equipo, entonces nos llega un interno, nos llega una enfermera más, que se dedica a la parte educativa(10) y tú ves los frutos positivos que tiene, lo ves, porque en el fondo, qué se ve mucho acá, por ejemplo el paciente con

Gastrostomía, ese no es un tema muy común, que dijéramos, nosotros vamos a educar respecto de la cosa del pie diabético.., NO, la cosa de la Gastrostomía es bien puntual de este piso, entonces, se da un universo de pacientes que no es menor y que debiera ser preparado en esto que mucha gente desconoce, ya, esto se desconoce, entonces se asusta la gente, qué se yo, pero, eh, temas tan importante como ese por ejemplo, como te digo, en detalle todos los días, por un paciente, nos cuesta abordar, igual la enfermera ha sido obligada a hacerlo, porque no lo puede mandar de alta sin que tenga los conocimientos para manejarse en su casa, ya, como autocuidado, ya sea que se lo proporcione él o se lo proporcione la familia(11), ahora, la implicancia de todo esto, es enorme porque en la medida en que tú preparas bien a la gente para la casa, esa persona va a tener una sobrevivencia mejor, una calidad de vida mejor, no va a reingresar, o si va a reingresar va a ser por otro motivo o por último más retrasado en el tiempo(12), ya, nosotros mandamos pacientes por ejemplo en condiciones en que su, su organismo por secuelas neurológicas está en postración, y después uno los ve en el reingreso y está anquilosado, deshidratado, enflaquecido, ahí también se logra uno dar cuenta de la importancia que tiene la atención primaria en todo esto, porque a lo mejor yo puedo entregar muchas cosas acá, pero cómo yo sé que eso en la casa, eso mismo que yo entregué se está aplicando, se está haciendo, bien o mal, porque nosotros llegamos hasta la puerta del hospital(13) y de ahí no salimos, ya, entonces la colega del consultorio, tienen que hacerse un espacio en el tiempo en su organización para ir a la visita del domicilio y chequear(14); la colega del hospital, eh, va a tener que tener, y en eso estamos, un instrumento de entrega, en donde no solo va a ir el dato clínico del examen que está pendiente, sino: estos son los contenidos educativos que yo entregué, ya? y en esto estamos pendiente y en esto hay que reforzar y en esto hay que tener más cuidado, entonces ese es un trabajo que vamos a hacer ahora porque tenemos que quedarnos con un respaldo porque la gente acostumbra a decir: "a mí en el hospital, nadie me dijo esto", "la enfermera a mí nunca me enseñó esta otra parte", entonces, nosotros, también eso va a ser una forma de quedarnos con un registro, de decir: no, nosotros nos dedicamos al tema de la Gastrostomía, nosotros nos dedicamos al manejo de la prevención de las caídas, del manejo de las úlceras por presión, en la prevención, tantas cosas que uno entrega(15).

Entonces la idea es que ese instrumento tenga un tríptico de apoyo o varios trípticos de apoyo y ese documento va a salir en triplicado, cuál es la idea? Que uno se queda en la ficha, el otro, el original se lo entrega al familiar, para que él lo presente a la enfermera del APS, y un tercer registro, quedaría en el servicio de Salud, en calle Brasil, cosa que la enfermera que está a cargo del manejo de los consultorios, en forma obligatoria, agarre unos cuantos pacientes y vaya a chequear a las casas directamente si la APS está haciendo presencia en ese hogar para mantener un ciclo cerrado en este tema, poh, porque aquí partimos y la colega allá tiene que continuar y tiene que haber un enlace telefónico, vía computador, como sea; porque el paciente es el mismo, el que está acá, que después se va para la casa, que de la casa vuelve para acá(16). O sea, está entre la comunidad y el hospital, pero es el mismo, es el mismo paciente.

Esto tiene que ver con la atención integral de la reforma, porque además ellos pidieron, cuando se estableció el tema del Hospital Amigo, ellos dijeron: nosotros, y por escrito, nosotros queremos que el paciente y la familia, se vayan preparados en, y dijeron en qué, en administración de medicamentos orales, en prevención de caídas, en prevención de úlceras por presión, ellos decidieron los temas de enfermería, o sea menos que eso, no puedes entregar, entonces es una obligación y obviamente sobre ese listado, tú tienes que ampliarte, porque de repente puede que el paciente tenga necesidad de mucho más, que esos cuatro o cinco ítem, que te pide el ministerio(17), ahora, qué es lo otro que piden?, un formulario de epicrisis, que no es solamente para uno que otro paciente con la típica epicrisis que había médico, porque ahora con qué se va el paciente? por lo menos en la gran mayoría de los servicios de hospital, se van con el carné de alta, y se van con los medicamentos, y no se van con otra cosa, entonces ahora, obligatoriamente se tienen que ir con una epicrisis de enfermería. Entonces, el original la idea es que se la lleven y se la presente a la APS, y los otros dos documentos que son copia, como te digo, el uno la ficha y el otro va al Servicio de Salud. Entonces ahí nosotros mantendríamos, la idea es ir mejorando porque talvez muchos de estos nexos quedan en el aire.(18), ya, y te quedas con la inquietud de saber poh, de repente... no estamos mandando pacientes, por ejemplo, de alta con sondas naso gástricas, sondas prácticamente no se están yendo con Gastrostomía, que es lejos más cototo,

más complejo, entonces, churra!, se estará, cómo se estará manejando en la casa? cómo estarán los goteros? cómo estarán ehh, los cuidados de la piel al rededor de este catéter, etc. Entonces, bueno con catéteres intrauritarios, también se van los pacientes y este tipo de pacientes con Gastrostomía, son con cuadros severos, así que el tema de prevención, ... el tema de la prevención de la neumonía aspirativa, y de la prevención, en el fondo, de las caídas, son básicas, porque sino reingresan con las mismas cosas que tú querías que no ocurrieran y ocurrieron, entonces ahí demuestra que hubo una falla, qué pasó?, aquí fallamos muchos, igual el hospital es bueno en ese aspecto, a pesar de que igual podemos tener varias deficiencias, fallamos en la comunidad y en el apoyo del resto porque a veces la familia no existe y este paciente está solo en su casa, entonces también hay que crear más lazos de unión e irnos conociendo con la comunidad desde el punto de vista del voluntariado por ejemplo de los centros de madres, la cruz roja, cualquier gente que pueda hacer de familiar postizo de este paciente, porque muchas veces tú tienes que darle de alta a un diabético insulino-dependiente y él no se puede poner la insulina, pero tampoco hay nadie que le ponga la insulina, y hemos tenido casos, que hemos tenido que frenar altas 3, 4 días, porque quién le pone la insulina? no existe esa persona, no existe, entonces eso, antes a lo mejor era un caso más alejado, pero ahora son cada vez más frecuente, porque como nuestra población es cada vez más longeva, los abuelitos tienen poca movilidad van llegando, eh, cada mes más avanzados en su edad con sus patologías crónicas controladas, pero igual sin red de apoyo, cómo sigue adelante con todo eso? Entonces también es un tope que tenemos, de aquí pa fuera, frenamos altas porque no tenemos a quién entregar contenidos educativos(19), a quién?.

Recuerdo que en esa oportunidad eran cuestiones medias complicadas: al servicio de salud me coordiné directamente al Servicio de Salud con el programa del manejo de los postrados y ahí empezamos a ver poh, y ellos como conocen la comunidad se dan cuenta del domicilio, uno les dice: este caballero vive en tal lugar. Y ellos parten pa allá y empiezan a ver poh, las redes de apoyo comunitarias, esa vez, no sé si agarraron a un centro de madres, no sé cómo fue, se ofreció como voluntario para atender la insulino-terapia y hacerse cargo de la administración de la insulina, un caballero que no era familiar de ella, pero al final qué hace?... entonces es grande, es grande el tema, es muy valioso, porque es una herramienta barata, o sea, la educación es una herramienta barata, o sea, tú de repente, el hecho de conversar con una persona, hacer interacción grupal, donde una persona con su experiencia, le dice a la otra, y lo hemos visto acá, ha sido muy interesante, por ejemplo cuando hemos estado con los internos, y los chiquillos empiezan a hacer la capacitación respecto a la prevención de Úlceras por presión, cómo administrar un medicamento en pacientes con trastorno en la deglución, muchas cosas y ahí hay 10 o 12 personas que son familiares, uno interactúa con el otro y se cuentan su experiencia, y al final como a uno siempre le dijeron en la Universidad, lo que más aprende el otro es lo que te cuentan por experiencia otro que ya vivió el tema, entonces lo hemos visto acá, lo hemos visto, cuando el uno le dice al otro: "sabes que no es complejo, yo lo hice así con mi mamá, porque mi mamá era secuelada..." y lo hemos visto acá, entonces en el fondo eso no es caro, o sea eso es barato hacerlo, basta que tú tengas una salita, reuní la gente, se prepara material educativo, se le entrega, y el impacto es grande, o sea el impacto es grande y la forma de hacerlo no es cara, o sea es como un negocio rentable y da frutos. En qué estamos mal?, en que estamos con pocos profesionales trabajando día a día y con muchos pacientes, entonces al final, las enfermeras llegan aquí en la tarde 2 horas para entregar contenidos... tenemos una salita adecuada? tampoco existe una salita adecuada, me entiendes? dónde me voy con la gente? dónde la llevo? para sentarla, juntarla cómodamente, entonces tampoco, físicamente, en los establecimientos, por lo menos en nuestro hospital hay lugares destinados para eso, no hay lugares destinados para que se reúna a los familiares y reciban contenidos poh, un lugar digno, cómodo, iluminado, eh, confortable(20), me entiendes. Me acuerdo que tuvimos que encontrar la otra vez contenidos educativos en una sala en el octavo piso, era invierno, llovía tremendamente y todo el ruido de la lluvia caía en el techo, por lo tanto, toda nuestra formación, se vio en parte, nuestra capacitación digamos, se vio aportillada por una cuestión climática poh, me entendí?, entonces hasta en eso tienes que pensar porque: hacer venir a la gente, la gente se compromete, asiste, tienen interés; y de paso te pasó esto, eh, ahora, para que te vaya bien o mal, depende del grado de enganche que pueda tener el familiar con el tema, o con la situación, porque a veces tú comprometes a la gente y la gente no te cumple, no viene, muestra desinterés, entonces también, falta explorar un poco qué pasa a nivel de la comunidad,

por qué la gente engancha o no engancha, o se desentiende del adulto mayor y en el fondo dejan que el sistema se haga cargo, llega el momento del alta y desaparecen, no se lo quieren llevar para no asumir estos cuidados y entonces también uno tendría que empezar a ver, qué está pasando en la comunidad poh, porqué la gente no adhiere? por qué la gente se escabulle este tipo de responsabilidad, entonces, hay varias cosas que afectan que esto tenga éxito o no, porque tú puedes tener buenas ganas e intenciones pero si no se dan esas otras situaciones, te fracasan(21) poh. Ahora, en es un negocio redondo, o sea, por ejemplo si hay pacientes que ... que estamos en el fondo manejando una serie de aspectos educativos, estamos preparando al familiar o al mismo paciente, en general en este piso se prepara más al familiar, porque el paciente es senil, es postrado, está con alteración cognitiva, entonces yo a él no lo puedo preparar, preparo a la familia, entonces eh, ellos se van más o menos, dominando gran parte de lo que corresponde al autocuidado en casa(22), pero hay circunstancias digamos en que si todo va exitoso, a ese abuelito, tú no lo vuelves a ver en tiempos, pero sino, si no te fue bien, reingresa y tú ya te haces familiar de ese caballero porque lo ves cinco veces en el año, entonces aumentan los días cama en ese mismo paciente, invierten, vuelven a invertir, en antibióticos, en manejo en curaciones, en el mismo paciente, entonces al final, encarece todo lo que es el sistema mismo de salud pues, porque nos estamos dando vueltas en el mismo círculo, estamos gastando mucha plata en el mismo paciente y al final todo es menos aprovechado, el día cama, lo ocupamos de nuevo con un reingreso, las estadías son prolongadas, entonces al final si nos fuera bien por la parte educativa, a lo mejor todo eso no pasaría pues, se le pudiera sacar más provecho a la hospitalización, a la alta demanda que tiene este hospital por camas(23), y, no sé pues se abarcaría un costo a la larga, porque si hubiera que hacer una proyección monetaria para adelante, nos daríamos cuenta, que a lo mejor interviniendo en esto, ahorraríamos en esto, mucha plata.

Acá en el hospital, como en todos lados, hay colegas que son más inquietas en los temas, más innovadoras, más creativas, y otras colegas que viven la latencia, otras son, no muy movidas en ese aspecto, entonces, eh, con la gente que yo logro darme cuenta que hay como interés, no es muy numerosa porque dijéramos, Van Buren, tiene al rededor de no sé, 120, 140 enfermeras, yo diría que enfermeras que en realidad están queriendo hacer algo al respecto, tú de repente te puedes topar que no son muchas, o sea, yo a simple ojo, diría que no son más de 20 enfermeras en un volumen enorme de otras profesionales, ahora qué pasa a nivel de nuestra coordinadora, o de nuestra subdirectora de gestión, ella está conciente del tema y engancha con nosotros, ya, pero este carro no lo podí tirar sola, tienes que ir detrás con todas tus colegas, porque sino terminas haciendo más fuerza que el resto y terminas aniquilando de altas nomás, entonces hay que saber también buscar redes de apoyo,(24) ya, y pa nosotros el tema, docente asistencial es valiosísimo en ese aspecto porque a lo mejor en un servicio en el que la colega no tenga este tema muy claro, que no le interese tanto, a lo mejor en un tema de enfermería lo va a ocupar pa otras cosas, para sacar la atención directa, para que se ponga a hacer técnica, no sé poh, pero si tú este tema le das importancia, tú a tus internos de enfermería los avocas también viablemente a eso, que es lo que se hace en este piso, porque por atención directa, los chiquillos ya vienen, vienen de los años pasados con técnicas y cosas, y en quinto, están en una situación de hacer gestión y de hacer cosas que son importantes y que por razones de tiempo de repente, nosotros no las podemos hacer tan bien, como cuando las hacemos con ellos, ahora, cuando ellos hay un nicho acá, y yo no recibo pocos alumnos, porque yo no recibo pocos internos, han sido por lo menos 15 internos, porque yo tengo hartos internos, y en grupos, yo voy con ellos poh, voy con ellos, hago presencia, participo, me doy cuenta, la misma gente te enriquece, tú te vas sorprendiendo con situaciones, y la misma gente te va dando la pauta de cómo seguir, porque tú mirando te vas haciendo como un diagnóstico de la situación y vas viendo cuáles son sus debilidades y pa'onde atacar, entonces ha sido muy interesante el trabajo con los internos, ahora, te digo que internos que hayan hecho esto y hayan juntado grupos de familiares con intereses comunes, en el 2008, yo creo que fuimos en este piso nomás, porque han habido internos en otros lugares de este hospital, en otros servicios, pero los chiquillos acostumbran a hacer por ejemplo, y aquí también lo hacen en el internado, si no es que solamente hagan eso, en los otros internados, el alumno tiende mucho a formar o a pulir en el desempeño del paramédico, ah están tomando mal el electrocardiograma, voy a hacer un refuerzo en este tema y van a hacer todos los paramédicos el tema del electrocardiograma, pero que hayan, por lo menos acá en la atención cerrada, internos que hayan agrupado a familiares, con

intereses comunes, para entregar contenidos que afecten al autocuidado, yo diría que no, porque es un tema fuerte que tú lo exiges mucho en la atención primaria,(25) en la atención primaria, tú ves el trabajo grupal, y enfermeras que están destinadas, yo me acuerdo que en mi tiempo yo trabajaba con un portafolio y ahora los chiquillos trabajan con sus notebooks, y tienen sus power con sus proyecciones mononas pero acá, no poh, acá no es tan simple, aquí cómo lo hemos hecho, con notebook ya? y con talleres prácticos, con camillas, con uno de los alumnos que hace de paciente, y a ese paciente se le simula la instalación de un catéter urinario porque las familias acaso tienen que aprender a hacer el aseo, a cuidarlo que no se le infecte(26), te fijas? pero el hospital no está preparado todavía para eso, porque yo creo que siempre pensamos que queda como tarea exclusiva del APS(27) te fijas, y en temas puntuales, amplios prepararía alguien, me imagino por ejemplo en el catéter urinario, que es un tema muy antiguo y que los pacientes hasta el día de hoy se siguen yendo con catéter urinario porque son abuelitos prostáticos, operados, etc. pero ahora hay tanto tema que tú, tú tienes la obligación de entregarlo, pero talvez topamos con eso, a veces, de repente, a quién se lo entregamos? no hay a quién entregarle los contenidos. Y como te digo es una exigencia que viene de arriba, ni siquiera es una opción, "tienen que hacerlo".

En la atención integral de familiares vs. pacientes, vamos tratando de ensayar durante la hospitalización con el tema del Hospital Amigo, tenemos abierto el hospital las 24 horas para el familiar, entonces, si se quedan en la noche, no es, no es una estadía decorativa, o que venga así a acompañar, no, él viene y yo le hablo desde el primer minuto, su venida es participativa, desde el momento en que haya que cambiarle la ropa de cama a sus familiares, usted se integra con la paramédico aprende cómo hay que darlo vuelta, para adulto mayor, cómo hay que hacer prevención de úlceras, en qué se tienen que fijar para prevenir una caída, si hay que darle un medicamento, le enseñamos a darle su medicamento, acá están los pacientes con trastorno grave en la deglución recibiendo sus fármacos molidos y mezclados con Jalea, entonces eso se lo vamos transmitiendo al familiar también y nosotros vamos observando de vuelta él cómo lo va haciendo entonces en la medida en la que él se queda una noche, dos noches, va viendo el progreso de ese familiar y la idea es que él sea siempre el mismo familiar, para que haya un proceso en la misma persona, y no un día enseñarle a la sobrina, mañana a la hija, y pasado a la hermana, porque sino no terminamos nunca y hemos tenido resultados positivos, hemos tenido gente que se ha integrado, esposos de esporas se puede dar, en que ellos saben, aprenden a mudar, aprenden a manejar gastrostomía, aprenden los cambios de posición para prevenir úlceras, para atender a sus señoras que están mal por ejemplo, lo he visto, porque uno acostumbra a ver a la hija, a la hermana de los pacientes, pero los varones también se están integrando.(28)

ehhh, volviendo al tema en sí, tenemos programas educativos, tenemos material, que se ha ido creando, que en el fondo nos sirve de modelo y de ahí para crear cosas mejores, pasamos de lo habitual y lo sencillo, que son los trípticos hacia los familiares, pero tenemos CD grabados de estos talleres educativos, muy bonitos ya? en que los internos, han dejado ahí toda su creatividad en esos CDs y la idea es que de repente vamos creando alianzas con las universidades, yo de repente me pongo a conversar y le he dicho a la coordinadora: me gustaría por ejemplo tener un televisor grande, con un pasa películas o pasa CD, donde esto que está hecho, uno lo ponga, te fijas? entonces mientras la gente está esperando, porque tú muchas veces los haces salir, porque no pueden estar en la sala, de repente en algún minuto, o en una salita de espera que pudiéramos acondicionar, tú mientras tanto podrías estar pasando eso, ya? entonces aprovechan el tiempo que ellos tienen ahí en esperar para que de a poco vayan integrando conocimiento del manejo de los pacientes. Ahora, tenemos un diario mural, que no teníamos, y eso también es trabajo de internos, ellos lo trajeron de partida físicamente, y después todo lo que está ahí como material educativo y está orientado al autocuidado es pura creación de internados, ya? y están bien buenos, porque en el fondo, se han hecho por computación, después se han hecho afuera en una imprenta grande y salieron unos afiches muy buenos, que tienen que ver con manejo de catéteres, otros tienen que ver con prevención de úlceras, los temas más fundamentales, la prevención de las caídas, lo más fundamental, está ahí, y está publicándose, uno ve que la gente entra y lo mira y ahí queda, y queda harto rato porque de repente no pueden entrar a la sala al tiro, entonces no tienen nada más que hacer que ver el diario mural, y eso también les va entrando, les va entrando y también se han dado situaciones bien puntuales, por ejemplo yo he observado, una mañana pude observar, cómo

una señora le comentaba a la otra: "oye, yo esto con mi mamá yo lo manejé así... ella era portadora de un accidente vascular, y en realidad yo le cambiaba de posición de la misma manera..."(29) tú te fijas poh, en el fondo son temas vigentes, importantes, y... y en realidad del 1 al 7, nos falta "remucho" que hacer, yo diría que vamos como en un 3, falta mucho, mucho, mucho que hacer, de partida establecerlo como una rutina permanente, o sea dentro de nuestra organización, de nuestra planificación, tener horario o un día establecido de la semana, para este tipo de labor(30). Por ahí una vez comentábamos entre varias enfermeras en una reunión acá decíamos:"Tendríamos que tener una enfermera en el hospital dedicada a este puro tema y que ella a lo mejor fuera una persona que reuniera familiares, pero que su labor fuera esa, y no tuviera nada que ver con servicio clínico, con manejar personal, con atención directa, sino que una enfermera a cargo de la educación del paciente y de la familia, pero una a cargo de todo eso, y así se podría hacer bien y respetar los plazos, y los tiempos porque de repente tú puedes establecer tu programa y de repente la contingencia te hecho a perder tu programación y no lo pudiste hacer, te fijas, o si no está el recurso interno de enfermería, también es una limitante porque lo tengo que hacer yo u otra persona y siempre estamos con otros trabajos, entonces al final eso como que lo vas postergando y eso no debiera ser, porque a la larga da frutos positivos(31), poh, entonces... a lo mejor en un futuro se le puede dar como empuje por ese lado, en algún minuto este hospital estuvo haciendo, pero no resultó el tema de atención domiciliaria, hubo un programa aquí en el consultorio del adulto mayor, en donde había una enfermera, con un móvil con material y que tenía que ir al domicilio a chequear como estaban los pacientes nuestros dados de alta, pero eso, en el corto plazo como que se atrasó, el Eduardo Pereira lo tiene, en su consultorio de especialidades, hay una enfermera destinada a la atención domiciliaria y ella parte, va a terreno, chequea(32) y todo eso, nuestro hospital por ejemplo no lo tiene, este hospital que es lejos, mucho más grande, no lo tiene. El programa de cuidados paliativos y del alivio del dolor, te exige una enfermera o dos que se haga cargo de los pacientes que están dados de alta de este hospital en el domicilio y que no los tome la APS porque son pacientes complejos, son pacientes que no debieran ser abordados por el APS y eso está escrito en la norma ministerial y no se cumple, porque no está el recurso profesional para hacerse cargo en el Van Buren, entonces cae al APS, el APS reclama, y dice: "pero si aquí el ministerio dice que ese paciente es del Van Buren" .. el Van Buren se tiene que hacer cargo de la visita a domicilio qué se yo, y no lo hace.(33) Te fijas, entonces, ahí también tú tienes que ver todo el tema de cómo está viviendo ese paciente, cómo se está alimentando, como están los manejos en Cuidados Básicos en él, hay harto que hacer.

eh,,... yo diría que a mí me gusta mucho el tema, a mí me gusta el tema, y ... y lo entiendo como una herramienta muy importante que de repente cuando uno es joven, como que no infla mucho eso, porque cuando uno es joven le interesa poner muy bien las sondas, le interesa ser una bala para las vías venosas, eso le interesa cuando uno es joven, pero después cuando tú vas entrando en la experiencia de los años, te vas dando cuenta que hay otras cosas que son importantes, y este tema es muy importante, sobre todo ahora que se está dando el cambio epidemiológico y tú ves que la gente que está es longeva y son adultos mayores y están con patologías del adulto mayor y están secuelados en su casa y que van a seguir viviendo, entonces al final eso no pasa por la vía venosa y no pasa por la sonda, pasa por otros temas que están muy en boga, ahora, no cualquiera puede ser educador, porque en el fondo, no se trata de leer un montón de cosas, y decirle, darte vuelta y partir, o sea también tienes que tener un compromiso con esas personas, tiene que haber como un feeling, que la gente enganche contigo y te entienda porque sino igual es tiempo perdido, trabajo perdido, me entiendes, si es por cumplir pero si tú realmente lo logras hacer y tienes claro el objetivo y te gusta, yo creo que es muy interesante esa área yo creo que es un área que está ... no explotada en nuestra profesión(34), le falta mucho y... la APS no tiene el recurso tampoco, las enfermeras del APS se viven quejando de que no tienen tiempo para hacer tanta visita a domicilio porque además tienen otras cosas que cumplir en el mismo consultorio, así que no lo hacemos porque estamos destinadas a la atención cerrada, entonces al final quién lo hace? quién lo hace? Cómo chequeas el autocuidado en el domicilio, por eso es que hay tanto reingreso (35).

Al diabético, acá la nutricionista, le dice:"Oiga usted tiene que comer esto, lo otro, lo otro, .." qué sabes tú lo que come el diabético en la casa si no lo vas a ver, y el diabético come lo que quiere en

la casa, tú te das cuenta aquí mismo, en nuestras narices, le abres el velador y tiene cosas increíbles dentro de su velador, entonces en nuestras narices, aquí en el hospital el diabético hace lo que quiere, imagínate en su casa, no se ponen las insulinas, no se las ponen sencillamente, se le acabó y ya nunca más fue al consultorios a buscarlas , comen lo que no deben, todo el tiempo y a cada rato, entonces.... te fijas. Digna rebeldía.

DISCURSO 07

¿Me puedes contar qué significado tiene para ti, la “educación para la salud”, y cómo has podido vivenciarlo en tu ejercicio profesional?

Bueno, acá, no es que a todos se les haga Educación para la Salud, sobre todo por las tareas que hay constantemente, hay que ver tantos pacientes, tantas indicaciones y ... yo igual trato de llevar a cabo educación para la familia sobre todo a los cuidados de los pacientes(1), y hablar harto del tema, uno lo practicó hart en el consultorio, yo creo que ahí fue como el fuerte de la educación, osea, los trípticos ir a las casas enseñar, de acuerdo a lo que uno va percibiendo que necesita la familia(2), pero acá igual uno trata de... de llevar a cabo cosas, trípticos toda clase de material educativo, pero al final quedan ahí, quedan guardados los documentos, no hay tiempo de entregar ni de explicar las cosas, es como bien, específico, así que acá es una labor bien dura, bien dura tratar de buscar, hacerse un tiempo(3), qué más, ... tratando, yo sobre todo lo que más trato de buscar es aplicado a los cuidados de las curaciones, los cuidados de las sondas, esperando a los familiares involucrar en el cuidado, pero aún así, es difícil, o reclaman, por lo mismo, porque uno lo hace con otras familias, y los hace participar en el cuidado(4), mmm...

Osea, para mí el término es una herramienta que deberíamos usar más acá, pero yo creo que acá debería haber como un área específica, dedicada a la educación, acá en el hospital, porque uno no, no alcanza el tiempo, además hay tanto turno en el que uno no ve a la familia como a diario, no va viendo como los cambios(5) y les cuesta poh.

En la universidad, me acuerdo que en segundo año, nos hablaron en Epidemiología, ahí comencé recién a escuchar el término Educación para la Salud, y después en las clases, la atención primaria, en hospital también hablaron lo mismo, porque varias veces nos tocó hacer proceso educativo, y ahí uno va aprendiendo distintas herramientas, metodologías para aplicar a los pacientes,(6) pero existe lo mismo que cuesta mucho acá, cuesta hablar con los familiares, darse tiempo(7), en consultorio yo creo que es más fácil, porque ahí uno no sé poh, tiene más tiempo, hasta la misma familia o de hacer las visitas domiciliarias, de hacer más cosas(8),

Mi primera experiencia de trabajo fue acá, llevo dos años acá en el piso, mi práctico fue el internado, osea en el consultorio, el consultorio de Quillota, y ahí tuve, me acuerdo que creamos un grupo de pacientes, que eran insulino-dependientes, y ahí también tuve harto acercamiento con educación en salud, pero también es, un factor como negativo, que no ha llegado mucha convocatoria(9), porque uno como alumno, da poco tiempo a En el consultorio, entonces por las enfermeras ahí igual nos ayudamos, pero, pero en un total de 30 personas que había en el hospital, llegaron como 6 y con eso igual se fue trabajando y establecimos ese programa y de ahí no tuve más que eso, hasta acá que estaba a cargo del programa del SIDA, y de ahí empecé a hacer trípticos eh, enseñando a la familia qué significaban los circulitos, que tienen los pacientes en riesgo moderado y alto, y por ese lado también abordé un poco el tema, y en las Altas por ejemplo también, en la entrega de indicaciones, es como super complicado, uno podría darse más tiempo para explicar por último para qué sirve el reposo el régimen, es como todo bien... lo más rápido posible, y ahí también hay un punto que hay que fortalecer: las altas, están como muy ...`light` como decimos uno entrega las indicaciones rápido y si puede además trata de ser bien práctico(10).

Mm,.... entonces uno trata de educar en el horario de visita generalmente, en la tarde, que todo, todo depende de los pacientes, cómo estén, si hay un paciente delicado, de repente, uno, no hay tiempo, nada, en ocasiones, está tan estresante el ambiente del hospital que uno no está.... Porque la familia, les dice las cosas, lo que hay que hacer, .. las mismas familias están agresivas, no logra como ponerse en contacto como agradable, de repente todos los anteriores, en eso también, todo el personal aquí lo califican como que es al azar, y cosas así, entonces ese factor también nos dificulta la atención y la educación.(11)

Por ejemplo en la gastrostomía uno enseña a la familia, en los cuidados de la sonda, cuando sabemos que los pacientes se van a ir con sonda foley, por ejemplo, yo lo que más educo es el

programa de caídas y las curaciones, y dejo generalmente las curaciones para la tarde para hacer participar a la familia, para decir: ya poh, la idea es que se lleven a su familiar y lo cuiden en casa con las mismas atenciones que acá, y uno puede utilizar esa herramienta para la educación.(12)

Mmm, haber qué más? Es un arma que no estamos ocupado, porque todos, no sé yo creo que en la comunidad, lo básico es educar, educar en las patologías por ejemplo, hay pacientes que vienen acá en un estado crítico porque llegan super mal curados, en condiciones deplorables, yo creo que uno podría actuar como... sobre todo en esos abuelos que llegan abandonados acá, yo no entiendo como llegan en ese estado y no los ayudan, no hay conciencia, y yo creo que ahí falta educar a las familias(13), educar más, pero acá no se puede llevar a cabo, como te decía, yo creo que debería haber algo, como un grupo o realizar en el caso... lo mismo de la insulina, realmente tienen muy poca relación con el médico que a última hora le dicen, te vas a ir con insulina directo a la casa y él de insulina no tiene idea, y llega el día en que está de alta y al final uno termina sin tiempo para enseñar a la familia. También el tema de la cooperación con los consultorios, uno quisiera que fueran a controlar a los pacientes una vez a la semana, etc, etc, y no(14).

Es bien poco lo que hay, bueno y con las alumnas también sirven de algo. Las niñas tienen mucho tiempo, porque ellas como tienen un número nomás de pacientes, tienen una mejor relación y más específica(15), en cambio uno acá uno los ve como muy rápido, con suerte alcanzas a ver historias de todo el cuerpo, .. entonces es como más difícil, los fines de semana, se me acercan todos los familiares a preguntarme de todos los pacientes y pueden ser cosas que pudieron preguntar en la semana pero tampoco se dieron o no se les dio la respuesta adecuada o no quedaron conformes (16) entonces eso también influye ... hay veces que me doy tiempo, ya reviso una ficha y educo a uno de la patología, los diagnósticos el plan que se tiene, pero también cuesta, son 51, uno suma, es mucho, es mucho, la gente igual, yo me pregunto por qué no dedicar más tiempo, porque no se puede, sería perfecta, no con la cantidad de los pacientes que hay, acá no se puede (17)

DISCURSO 08

¿Me puedes contar qué significado tiene para ti, la “educación para la salud”, y cómo has podido vivenciarlo en tu ejercicio profesional?

Bueno yo igual llevo super poco de egresada, llevo casi dos meses de egreso y de trabajo al mismo tiempo, pero voy a contar más mi vivencia en como me fui gestando para después llegar a lo que hoy pienso sobre Educación para la Salud, eh, bueno desde el pregrado en realidad, al principio lo que nos enseñan es... que la enfermera lo que hace es cuidar, y para cuidar lo que se hace, netamente se hace a través de la educación, tonces es como super ligado, es como la herramienta de trabajo para el cuidado en realidad así lo veo yo, siempre lo vi así durante todo el proceso y más en un ámbito hospitalario porque más bien es como la prevención, la prevención para cualquier tipo de cosas, se hace a través de la educación, entonces, en realidad para mí es primordial(1), pero netamente teórico, se torna primordial muy importante, es como lo primigenio es la educación, pero una vez que uno está aquí adentro dentro en un hospital cuando uno tiene que cumplir tantas labores yo creo que igual se crea algo como super complejo, para la enfermera especialmente, como la mecha que tengo del Internado, es esa que la verdad uno a nivel hospitalario uno tiene muy poco tiempo para hacer todo(2) y de repente, muchas veces uno va a que le dijeran otras cosas, antes que la educación, pero igual yo me he puesto a pensar, que si igual uno quiere, en general yo lo veo como desde el alta, que es cuando yo más educo, en realidad, es que si queremos no volver a tener, porque aquí tenemos pacientes que son recurrentes, que vuelven a hospitalizarse, una y otra vez, una y otra vez, ... entonces lo primordial para no tender de vuelta hospitalizados, ehh, haciendo un trabajo tan rutinario, es netamente a través de la educación, todo lo que nosotros podamos educar no tan solo hablando, sino que practicando con el familiar es como, muy importante(3), y es como la labor que deberíamos cumplir todas las enfermeras, que yo creo que deberíamos, cambiaríamos un poco el sistema de nivel al aplicarlo en la realidad, porque tenemos puras pacientes que son conocidos, muy conocidos que se han reportado a las enfermeras, todos son conocidos, porque vuelven una y otra vez cada vez más deteriorados, cada vez más mal, y esto netamente es por una falta de educación, falta de preparación también de la familia(4) entonces, yo creo a veces que uno tiene mucho que aportar a los familiares a los cuidadores, pero en realidad no depende solo de uno, sino que también depende del receptor al que le vamos a entregar la educación, porque a veces ... la escolaridad baja, son como temas importantes la edad avanzada, muchas veces la esposa del caballero, y cuesta, es súper difícil, especialmente en este piso, donde se va gente con gastrostomía, está lleno, lleno de pacientes con gastrostomía, que uno dice que es de fácil manejo, osea sí, es de fácil manejo, pero para uno que tiene una escolaridad alta, que tiene las capacidades como intelectuales pero la gente que llega aquí, los familiares, los cuidadores, no tienen esas capacidades, entonces la gente se va como deteriorando(5) aún más, entonces no basta con la educación que uno puede dar a nivel hospitalario, sino que la cosa es que falta el nexo a nivel como primario yo creo para lograr como una educación para la salud buena, por lo menos de calidad,(6) porque ahora yo creo que no se da, no se puede dar en realidad, tanto porque hay poco personal, porque hay pocas enfermeras, porque los pacientes están cada vez más complejos, tonces al final como que uno no da abasto, con todo lo que hay que educar, entonces a uno siempre se le van cosas que debiese educar a nivel primario,(7) pero que no puede, o que no, no se hace porque no hay un nexo, y creo que eso es como reimportarte, es como eso, no sé qué más.

Mmm,..... igual también yo creo que hace falta, uno como que se enfoca más en la enfermedad con la que llegan, que no es necesariamente, la enfermedad que mantiene de base, entonces llega el Alta, y se enfoca por ejemplo en la Insuficiencia Renal Crónica, aunque aquí no vemos mucho, pero puede ser eso, pero a parte el caballero tiene una hipertensión, tiene una diabetes, tiene un insulino-requiere, tonces, al final, se hace como super complejo educar en tan poco tiempo, a parte las patologías básicas están descompensadas, que tiene que ver con el nivel de vida, con la alimentación, con un montón de cosas que a nivel multidisciplinario, no se aborda, no, no se aborda en realidad, y creo que, no, yo creo que es super deficiente en realidad la educación para la

salud, ... en este nivel(8), sí en este nivel, yo creo que en el nivel primario, ehh, es mucho mejor, pero también cometen el error de que el nexo con el nivel hospitalario, no está, osea simplemente no existe, y eso al final, nos lleva como en un ciclo poh, de que claro el nivel primario hace su pega, el nivel hospitalario también, pero al final el paciente queda dando vueltas entre los dos poh, porque va al nivel primario, después llega a hospitalizarse, porque no existe una educación eficiente que es eficaz ni en el paciente ni en la familia, entonces al final es todo un ciclo poh, hasta que el paciente se deteriora, y llega acá a fallecer(9), ...

En realidad,..... si me pongo a pensar en que momento me pongo a educar,....en las salas que yo estoy, son los pacientes complejos hombres y por la complejidad que tienen ellos generalmente no están concientes ya, casi todos están soporosos, somnolientos, entonces más bien a ellos no se lo puedo practicar, no puedo realizar la educación para la salud propiamente tal, entonces me enfoco en realidad cuando ya llegan los familiares, y eso es de 12 a 6, pero va a depender igual de los procedimientos, igual yo trato que todos los procedimientos con por ejemplo, de la gastrostomía la alimentación, incluir al paciente muchas veces ahí, aunque a veces solo el paramédico es los que realizan esto, entonces aquí en realidad, empezando desde el primer día, desde que se realizó la gastrostomía, que vea que se familiarice(10), como, como es la herida, qué tengo que hacer, a dónde lleva ese circuito, ya? Pero en realidad yo trato de que ellos hagan esas cosas, pero en general como que aquí hay, no un rechazo a la familia, pero sí están como bien reacios a los familiares, porque, porque en realidad ha sido complicado me da la impresión... ha sido complicado, este tiempo que llevo trabajando, me he dado cuenta como que los familiares llegan muy a la defensiva, como que nos hemos pasado al otro extremo de querer incluir a la familia en los cuidados, a que la familia llegue a demandar del personal hospitalario como todos los cuidados, entonces es como que han pasado de un punto al otro, y claro, no hay un equilibrio y eso implica que los funcionarios están como más reacios a la familia, y eso obviamente influye en la educación que uno puede dar(11), especialmente, no con la enfermera, con la enfermera no creo que sea así, pero a nivel de paramédico, sí si influye, porque igual los paramédicos pueden educar poh, osea hay muchas cosas en las que nosotros no estamos, los paramédicos tratan de estar ahí también, y por las supervisiones, por todo lado las educaciones que le damos al mismo equipo ellos igual están preparados para hacer educaciones que nosotros no podemos estar en todos los momentos, pero que se ven frenadas con este problema como con los familiares,(12) no es con todos, pero gran cantidad de familiares son demasiado demandantes en cosas que no debiese ser creo yo, pero en el tiempo claro, de 2 a 6 es como el rato en el que uno trata de hacer como la educación, máxima, que igual tienen cosas complejas, (puedo poner un ejemplo cierto?) por ejemplo yo tengo un paciente que tiene un cáncer de vejiga, ya, un paciente que venía de la UCI, que lleva desde que yo entré a trabajar, hace dos meses que está hospitalizada acá, y llegó conmigo justo acá; los parientes: paciente que estaba con Traqueotomía, cateter venoso central, nefrostomía, sonda foley, cistostomía, estaba muy mal, y resulta que ahora ya está casi como en la etapa como pre-Alta, pero el paciente se va a ir con sonda foley, nefrostomía, y cistostomía, a la casa, ya, y el paciente por el Ca de vejiga va a tener que irse con un lavado vesical diario ya, que implica igual conocimientos por parte de la familia, de educación, recursos materiales, entonces, es complejo, complejo, osea igual este caso es como igual bien extremo, pero es como lo que yo aquí veo acá, llevo, no sé, una semana y media? Haciendo yo, el lavado vesical todos los días, como siempre pero con la familia presente y a la familia todavía le da miedo tocarlo, entonces son cosas como fuertes, el paciente se va a ir, y uno queda ahí igual, y yo quedo a la deriva, osea que va a pasar con él va volver a la urgencia en dos días porque la familia no va a saber cómo va a hacer el lavado vesical y la y la vejiga se va a tapar po, entonces te fijai es como recomplejo, yo osea como que la U me enseñó todo eso, pero no me enseñó como como la parte emocional de cómo abordar las situaciones en que uno ya se le va de las manos, que yo puedo hacer muchas cosas acá, pero no me puedo ir con el paciente a la casa poh, tonces eso, a mí igual me causa como temor, pena, angustia, más que nada, ..

Porque yo veo como la familia se aflige al no comprender las cosas que uno trata de decirle, y a veces, osea muchas veces uno se baja al nivel de los familiares, pero no es suficiente, son gente que en realidad llegan, llegan familias como que limitadas social, sicológicamente limitadas, económicamente, que uno ni se imagina, osea, como que uno vive otra realidad y yo como

estudiante igual, claro, uno se va como acostumbrando, como que de primero a quinto, a tratar cualquier tipo de pacientes con qué tipo de pacientes tratar pero pero uno nunca se deja sorprender en realidad, ... entonces y aquí llegan los familiares después a preguntarte cosas que uno les ha explicado, y que se les olvida, se les va, tonces a mí me da, me da como, osea es como ese sentimiento de angustia en realidad, porque pucha, no puedo hacer nada ya(14), entonces creo que falta esa comunicación entre el nivel primario, y el hospitalario, como para decir, que el trabajo, que las enfermeras podemos hacer en Educación para la Salud, está bien hecho, porque si trabajamos desconectados, yo creo que no sirve de nada porque lo que le voy a decir yo a la familia, se le va a ir, si no hay nadie responsable, y si la atención primaria no funciona bien tampoco, también me va a llegar a mí el paciente hospitalizado de la atención primaria,(15) entonces es como bien complejo, y difícil de solucionar a la vez,

No creo que no haya trabajo en red, por lo menos aquí lo que he vivido en estos dos meses, bueno, 5 meses porque el internado lo hice aquí entonces igual me me me familiarizo un poco más con el servicio, pero falta eso, yo creo, mucho de eso, y especialmente por este servicio, que es como un servicio de medicina entre medicina y neurología, como las dos cosas donde los accidentes vasculares en Chile es como la primera causa, entonces está lleno, lleno de gente por educar con necesidad pero fuerte en educación, donde la enfermera no da abasto, la capacidad intelectual y económica de la familia, impide que sea eficaz y a parte hay una desconexión entre la atención primaria y la atención hospitalaria.(16) Creo que esa es como la falla más grande porque uno como enfermera igual yo creo que uno tiene, osea de hecho las tenemos, las capacidades para educar para realizar una buena educación, y el tiempo es un proceso, que uno como puede como ir cambiando a medida que pasa el tiempo, por eso te digo, me demoro un tiempo más en hacer las cosas porque soy nueva, entonces todas esas cosas las puedo ir mejorando y puedo ir dejando tiempo para la educación para enfocarme un poco más en la educación, entonces yo creo que si uno quiere, puede, pero el problema es que falta lo otro pues, la capacidad intelectual y económica de la familia yo no la puedo mejorar ni tampoco puedo hacer yo misma el nexo con la atención primaria, aunque muchas veces lo hemos hecho acá pero no es suficiente, tonces creo que eso falla harto y eso provoca que la educación para la salud no esté funcionando,(17) ... eso

Yo creo que igual en mí,... fue lento, yo creo que fue super lento la construcción del concepto en mí, porque como que ahora recién, después de haber pasado muchos años en la U, yo me pude dar cuenta del aporte que uno puede hacer en la Educación, porque mi nivel de pregrado creo que nos enfocamos muchas veces que en otras cosas más que en la educación, yo creo que los niveles de la educación son limitados y estructurados, y creo que no debe ser así, que uno tiene que abordar desde el principio todo, todo lo que pueda, osea igual eso no está bien, pero en realidad, como el tiempo no lo amerita, entonces hay que abordar todo, osea, yo por ejemplo si estoy haciendo una técnica y tengo una familia ahí, explicar y explicar y abordar la patología, tratar de hacer todo como en un solo momento, entonces creo que eso en la Universidad como que no se pasa, entonces uno empieza como estructurada como a hacer las cosas y cuando uno tiene esa mentalidad como que le cuesta al final integrarlo todo, por lo menos a mí me pasó así, tonces al final, claro, como en quinto ya termino atendiendo, pa mí, yo creo que quinto es como el, es como ya el acabose, así como, ya todo junto, y ahí uno recién puede integrar lo de los otros años y creo que eso debiese ocurrir antes, antes por qué para empezar como a adquirir las destrezas y las habilidades de hacer todo en menos tiempo y de más calidad, porque al principio uno lo hace como más lento, se demora más, no sabe como hacerlo, a parte yo creo que las herramientas son netamente como personales, porque todos tenemos diferentes formas de hacer la educación, diferentes formas de captar la atención de la gente, entonces creo que eso igual eso es importante, porque si al final la gente a uno no la quiere pescar, no la va a pescar, obviamente, entonces hay que irse como por por diferentes como aristas para lograr la atención de las personas, y eso igual es es difícil poh, es difícil lograrlo, osea la educación igual no es fácil, no es fácil, uno cree que es como llegar y exponer un tema pero no, no, va más allá porque va a que la persona integre esos conocimientos y los devuelva en una técnica por ejemplo, es complejo, es super complejo, ... ahora le ha dado como todo, la importancia, osea la importancia de la educación siempre está, siempre a ha tenido, pero el realizarla como labor profesional es como complejo, difícil y diferente en todas las personas, porque a parte de que uno trabaja con personas diferentes, cada uno es

diferente, por más que tengamos la misma formación profesional, cada uno ha tenido diferentes vivencias que nos hacen como, como hacer las cosas diferente(19), entonces creo que es como difícil, yo lo que aportaría, como para educación, osea como para lograr como una mejora, es como en realidad, como realizar en realidad como una integración de los conceptos como en el pregrado, porque creo que sí se da la importancia que se debe dar en el pregrado, pero lo que no se da es la integración con otras cosas, con todo lo que uno hace está la educación(20), entonces creo que como que la pasan a parte, y eso como que a una la complica, creo que eso es como lo más lo más difícil, claro que es como que el aporte que yo puedo dar como recién salida de la U, es como lo que más me ha costado hacer, eso, ... porque claro lo de lo otro de la atención primaria, creo que eso va como en el sistema de salud, que está en proceso de cambio, pero claro hay que esperar que este cambio sea un poco más rápido, .. eso.