

**ANÁLISIS DE LAS COMPRENSIONES DE EDUCACIÓN EN SALUD EN UNA
UNIDAD DE CUIDADOS POSTOPERATORIOS DE UNA INSTITUCIÓN DE
CUARTO NIVEL EN BUCARAMANGA, SANTANDER.**

JOHAN ELIECER FERRER PLATA



**UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA
NACIONAL**

Educadora de educadores

**UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL
FACULTAD DE EDUCACIÓN
ESPECIALIZACIÓN EN PEDAGOGÍA, MODALIDAD A DISTANCIA
BOGOTÁ, 2019.**

**ANÁLISIS DE LAS COMPRENSIONES DE EDUCACIÓN EN SALUD EN UNA
UNIDAD DE CUIDADOS POSTOPERATORIOS DE UNA INSTITUCIÓN DE
CUARTO NIVEL EN BUCARAMANGA, SANTANDER**

JOHAN ELIECER FERRER PLATA

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar por el título de Especialista en
Pedagogía.**

Asesor:

Dra. Ana Claudia Rozo Sandoval


**UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL
FACULTAD DE EDUCACIÓN
ESPECIALIZACIÓN EN PEDAGOGÍA, MODALIDAD A DISTANCIA
BOGOTÁ, 2019**

DEDICATORIA

- ❖ A mi familia, Edilma, Eliecer y Karol por el amor que me demuestran cada día y el apoyo incondicional en cada llamada, abrazo, beso...
- ❖ Al personal de Cirugía CAL de la Clínica Foscal, por su apoyo en este proceso, su constante preocupación y sobre todo su compañía en los trasnochos.
- ❖ A Sandra Osorio, Jessica Segura y Wilmer Cabrera, desde el primer día que los conocí, me di cuenta que eran personas maravillosas hechas para grandes cosas en la vida, los llevo con cariño y siempre los recuerdo.

AGRADECIMIENTOS

- ❖ Ante todo, a Dios y a la vida por darme salud por lograr culminar esta etapa de mi vida con éxitos.
- ❖ Gracias a mis padres por siempre apoyarme desde la lejanía.
- ❖ Gracias a Arley Rueda por los regaños, por insistirme en ser el mejor, para seguir dando lo mejor de mí.
- ❖ Gracias a Mauricio Vargas por su tiempo, su preocupación y disposición.
- ❖ Gracias a mis amigos, Alejandro Acero, Cristian Acevedo, Marlon Méndez, Wilman Yáñez, por esa voz de aliento cuando más los necesite.
- ❖ Gracias a la Universidad Pedagógica Nacional por permitirme cumplir este sueño.
- ❖ Gracias a todos los maestros que hicieron parte de mi aprendizaje, los llevo en mi mente, con mucho amor y entrega.
- ❖ Gracias a la maestra Ana Claudia Rozo Sandoval, por guiarme, enseñarme, aconsejarme, cuidarme y muchas más virtudes que la integran, sobre todo mostrarme lo bueno que puedo llegar a ser en la vida.
- ❖ Gracias a mis estudiantes de enfermería de quinto semestre de la Universidad de Santander, una de mis mayores motivaciones.
- ❖ Gracias a mis ahijadas de enfermería, por ver en mi un ejemplo de lucha en este camino de aprendizaje y amor a la carrera.

 UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL	FORMATO	
	RESUMEN ANALÍTICO EN EDUCACIÓN – RAE	
Código: FOR020GIB	Versión: 01	
Fecha de Aprobación: 10-10-2012	Página 1 de 9	
Información General		
Tipo de documento	Trabajo de Grado para Especialización	
Acceso al documento	Universidad Pedagógica Nacional. Biblioteca Central	
Título del documento	Análisis de las comprensiones de educación en salud en una unidad de cuidados postoperatorios de una institución de cuarto nivel en Bucaramanga, Santander.	
Autor(es)	Ferrer Plata Johan Eliecer	
Director	Rozo Sandoval Ana Claudia	
Publicación	Bogotá, Universidad Pedagógica Nacional, 2019. P.79	
Unidad Patrocinante	Universidad Pedagógica Nacional	
Palabras Claves	EDUCACIÓN EN SALUD; COMPRENSIONES Y PRÁCTICAS EN EDUCACIÓN EN SALUD; PACIENTES AMBULATORIOS; CIRUGÍA AMBULATORIA.	
Descripción		
<p>Este ejercicio de investigación nace principalmente de la necesidad de hablar de educación en salud, los pacientes son personas que diariamente reciben información y el personal de salud es la principal fuente de esa información, sin embargo, se están presentando problemas relacionados con la apropiación de esta información, llevándolo el tema al campo de la educación en salud, lo que nos permite analizar las comprensiones sobre educación en salud en la unidad de cuidados postoperatorios, teniendo en cuenta la importancia de avanzar en procesos educativos que trasciendan la circulación de información. Por esta razón se parte de una búsqueda bibliográfica y de la comprensión de educación en salud de los pacientes, personal de salud y administrativos de la</p>		

unidad de cuidados postoperatorios por medio de un instrumento que nos permitirá interrelacionar la literatura investigada y los resultados, revelando que no hay evidencia de la apropiación de estas comprensiones y su aplicación a la práctica, el personal médico administrativo ve la educación en salud desde un enfoque biomédico y clínico, las enfermeras a pesar de su apropiación del concepto no ejecutan buenas prácticas en educación en salud y a pesar de que los pacientes refieren apropiación de la información las estadísticas de los reingresos evidencian lo contrario.

Fuentes

- Hernández Sánchez, J. (2014). *LA RUTA DE LA EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LA SALUD. Orientaciones para su aplicación estratégica*. Bucaramanga: Proinapsa.
- Bernstein, B. (2000). *HACIA UNA SOCIOLOGÍA DEL DISCURSO PEDAGÓGICO*. Bogota: Magisterio.
- Bordieu, P., & Passeron, J.-C. (1996). *La Reproducción elementos para una teoría del sistema de enseñanza*. Mexico: Laica S.A.
- Campbell, F., Goldman, B., Boccia, M. L., & Skinner, M. (2004). Patient Education and Counseling. *The effect of format modifications and reading comprehension on recall of informed consent information by low-income parents: a comparison of print, video, and computer-based presentations*, 205-216.
- Castellano Barca, G. (2002). Educación para la salud Fundamentos y justificación. *XVI CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA EXTRAHOSPITALARIA Y ATENCIÓN PRIMARIA*. (págs. 41-43). Palma: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria.
- Chan, M. (2010). *Cumbre sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Intervención en la segunda mesa redonda, sobre la consecución de los objetivos relacionados con la salud y la educación*. Nueva York: Organización mundial de la salud.
- Clement, S., Ibrahim, S., Nicola, C., Michael, W., & Gillian, R. (2009). Complex interventions to improve the health of people with limited literacy: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 340-351.
- Clinica Foscal. (2018). *Informe estadístico de reingresos en cirugía presentado entre los periodos de marzo, abril, mayo y junio*. Bucaramanga: Clinica Foscal.

- Coulter, A., & Ellins, J. (2006). *Patient-focused interventions A review of the evidence*. London: The Health Foundation .
- Davis, F., & Olesen, V. L. (1963). Initiation Into a Women's Profession: Identity Problems in the Status Transition of Coed to Student Nurse. *Sociometry*, 89-101.
- DE LA CUESTA, C. (2000). Investigación Cualitativa y Enfermería. *INDEX DE ENFERMERÍA*, 7-8.
- Departamento de Enseñanza, Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat De Cataluña. (1986). *Educación para la salud en la escuela: orientaciones y programas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Díaz Brito, Y., Pérez Rivero, J. L., Báez Pupo, F., & Conde Martín, M. (2012). Generalidades sobre promoción y educación para la salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*.
- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., & Varela-Ruiz, M. (2013). *La entrevista, recurso flexible y dinámico*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Diehl, L. A., Souza, R. M., Gordan, P. A., Esteves, R. Z., & Meister Coelho, I. C. (2017). InsuOnline, an Electronic Game for Medical Education on Insulin Therapy: A Randomized Controlled Trial With Primary Care Physicians. *J Med Internet Res*, 19(3):e72.
- Elbert, S. P., Dijkstra, A., & Oenema, A. (2016). A Mobile Phone App Intervention Targeting Fruit and Vegetable Consumption: The Efficacy of Textual and Auditory Tailored Health Information Tested in a Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res*, 10-18.
- Folgueiras Bertomeu, P. (2016). *La entrevista*. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Greene , J., Peters , E., Mertz , C., & Hibbard , J. (2008). Comprehension and choice of a consumer-directed health plan: an experimental study. *The American Journal of Managed Care*, 369-376.
- HENDERSON, V. (1961). *PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA**. Connecticut: CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de investigación*. Mexico: Mc Grae Hill.
- Hornrtvedt, M.-E. T., Nordsteien, A., Fermann, T., & Severinsson, E. (2018). Strategies for teaching evidence-based practice in nursing education: a thematic literature review. *BMC medical education*, 18,172.
- Hospital General Universitario Gregorio Marañón. (2012). *Cuidados postoperatorios en la unidad de hospitalización*. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
- Jorge, M. (2011). Metodos de Investigacion Cualitativa. *Silogismo*, 7-9.

- Lagoueyte Gómez, M. I. (2015). El cuidado de enfermería a los grupos humanos. *Revista Salud UIS*, 209-213.
- León, A. (20 de Abril de 2019). *SciELO*. (Educere, Editor) Obtenido de SciELO: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-49102007000400003&lng=es&tlng=es.
- Leon, E., Fuentes, L., & Cohen, J. (2014). Characterizing Periodic Messaging Interventions Across Health Behaviors and Media: Systematic Review. *J Med Internet Res*, 16(3): e93.
- López Estrada, R., & Deslauriers, J.-P. (2001). *La entrevista cualitativa como técnica*. Margen.
- López Méndez , E., & Costa Cabanillas, M. (2008). *Educación para la salud*. Piramide.
- Marcus, C. (2014). Strategies for improving the quality of verbal patient and family education: a review of the literature and creation of the EDUCATE model. *Health Psychol Behav Med.*, 482–495.
- Ministerio de Educación Nacional. (2007). *Investigación de los Saberes Pedagógicos*. Bogota: Ministerio de Educación Nacional.
- Modolo, M. A. (1979). Educación Sanitaria, comportamiento. *Il pensiero scientifico*, 39-58.
- Muñoz , A., & Nicanor , A. (2011). El estudio exploratorio. Mi aproximación al mundo de la investigación cualitativa. *Investigación y Educación en Enfermería*, 492-499.
- OMS OPS . (2017). *Educación para la salud con enfoque integral*. Bucaramanga: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (1948). Conferencia Sanitaria Internacional. *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Nueva York: OMS.
- Patton, M. (2002). *Qualitative Research Evaluation Methods*. EEUU: Sage Publications, Inc.
- Peters, E., Dieckmann, N., Dixon, A., Hibbard, J., & Mertz, C. (2007). Less Is More in Presenting Quality Information to Consumers. *Medical Care Research and Review: MCRR*, 167-190.
- Ricart, A., Isanta, D. P., Iruela, O., Estrada, D., & Borbón, M. C. (2002). *Cirugía ambulatoria*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- Rice, M. (1985). *Educación En Salud, Cambio De Comportamiento, Tecnologías De Comunicación Y Materiales Educativos*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Rosa, J. P. (1998). *ELEMENTOS BÁSICOS PARA LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA*. La Habana.
- Sandoval Casilimas, C. (2002). *Investigación cualitativa*. Bogota: ARFO Editores e Impresores Ltda.
- Santo, A., Laizner, A., & Shohet, L. (2005). Exploring the value of audiotapes for health literacy: a systematic review. *Patient Education and Counseling*, 235-243.

- Strauss, A. (1978). *Negotiations: Varieties, Contexts, Processes, and Social Order*. Jossey-Bass Inc Pub.
- Swanson, J., & Chenitz, W. (1982). Why Qualitative Research in Nursing? *Nursing Outlook*, 241-245.
- Turner, B. (1999). Profesiones, conocimiento y poder. *Lecturas básicas en sociología de la medicina*, 187-222.
- Universidad de Cantabria. (15 de 08 de 2019). *opencourseware*. Obtenido de Tema 2. La Educación para la Salud: <https://ocw.unican.es/mod/page/view.php?id=491#5>
- van Teijlingen , E., & Hundley, V. (2002). The importance of pilot studies. *Nurs Stand*, 33-36.
- Verdaguer, S., Mateo, K. F., Wyka, K., Dennis-Tiwary, T. A., & Leung, M. M. (2018). A Web-Based Interactive Tool to Reduce Childhood Obesity Risk in Urban Minority Youth: Usability Testing Study. *JMIR Formative Research*, 2(2):e21.
- Viñoles Pérez, J. (2007). *Control de calidad postoperatoria en cirugía ambulatoria*. Valencia: Universitat de València. Departament de Cirurgia.
- Von Wright, G. H. (1979). *Explicación y comprensión*. Madrid: Alianza.
- Whitehead, D. (2018). Exploring health promotion and health education in nursing. *Nursing standard: official newspaper of the Royal College of Nursing*, 38-42.

Contenidos

Este proyecto tiene como propósito investigar las comprensiones de educación en salud del personal asistencial y administrativo, además del cómo los pacientes perciben la educación que se les brinda a la hora de egresar de la unidad postoperatoria. Por esta razón en este trabajo se realiza un análisis de los conceptos y comprensiones de educación en salud que han surgido a través del tiempo y se han ido moldeando a las necesidades del paciente, hasta nuestra actualidad, en donde encontramos que dichas necesidades requieren mejores metodologías de enseñanza que sean aprovechadas por el paciente, creando un compromiso con su bienestar y la integridad de su salud. Por lo tanto, es importante conocer cómo se dan los procesos de información al paciente por parte del personal de

salud y mirar si cumplen con el objetivo de fortalecer hábitos saludables y de cuidado, para analizar la relación de estas prácticas con la educación en salud.

Metodología

El presente trabajo se desarrolló bajo un tipo de investigación cualitativa, atendiendo los modos de ver de determinados actores sociales sobre ciertos fenómenos (Jorge, 2011), los cuales se encuentran relacionados con el análisis de comprensiones en educación en salud para contribuir al fortalecimiento de conocimientos y conductas que favorezcan las condiciones de salud del paciente ambulatorio. Con respecto a esto, cabe destacar el carácter exploratorio del trabajo realizado, teniendo por objeto identificar las comprensiones del personal de salud y directivo sobre la educación en salud, a fin de analizar los resultados y exponer los posibles puntos a mejorar en el proceso de información con el paciente en cuanto a la promoción de la educación en salud se refiere.

Conclusiones

Las comprensiones sobre educación en salud y demás temáticas relacionada, nos llevan a concluir que dentro de la unidad de cuidados postoperatorios no se está cumpliendo con aspectos importantes que abarcan el concepto de educación en salud; esto se relaciona con el compromiso de bienestar que se debe tener con el paciente al egresar de la unidad, actores principales que intervienen dentro del desarrollo de la investigación ven la educación en salud y sus prácticas desde un modelo biomédico, conllevando a malas prácticas y limitándose simplemente entregar material informativo.

En Colombia, herramientas de educación en salud dirigidas a pacientes ambulatorios en instituciones de alta complejidad son muy pobres o casi nulas, por lo tanto, aunque en este trabajo no llegamos al desarrollo de estrategias didácticas en salud es posible que a futuro la institución implemente o pueda llegar a implementar estrategias didácticas.

Con las entrevistas pudimos concluir, que los pacientes se sienten satisfechos con la información brindada al egresar de la unidad, destacan la claridad en el proceso y el trabajo del personal, aunque, los resultados de la observación de campo, al inicio del trabajo, resalta que un gran porcentaje de reingresos en la unidad de cuidados posoperatorios, evidencia problemas en el entendimiento de la información dada por el personal, llevando así a afecciones relacionados con su bienestar e integridad como paciente. La necesidad de abordar el campo de educación en salud puede resolver problemas en la prestación de servicios, ya que se está evidenciando debilidades en la unidad, como re-agendamientos de cirugías, aumento de las infecciones y mayor tiempo de recuperación, entre otras.

El personal de enfermería utiliza estrategias centradas en las necesidades del paciente, como se ha descrito sobre la educación centrada en la persona, en donde habilidades y destrezas, influyen dentro del proceso de educación y aprendizaje, así es con el paciente, dependiendo a su patología, recuperación postoperatoria y capacidades físicas, se brinda educación en la unidad de cuidados postoperatorios. Pero, aunque las enfermeras comprendan el concepto de educación en salud, las prácticas que se están llevando a cabo no son las adecuadas, reduciendo el propósito de la educación en salud a simples procesos informativos, lo que lleva a la realización de prácticas con los pacientes, que afectan su comprensión y en consecuencia los cuidados postoperatorios.

La siguiente afirmación parte de un punto de vista clínico en donde los trabajadores de la unidad de cuidados postoperatorios afirman que los pacientes que se les realizan procedimientos ambulatorios

bajos anestesia general (se duermen todo), durante su periodo de recuperación por lo general, se encuentran bajo efectos residuales de dicha anestesia en donde su mayoría se encuentran con nauseas, vomito, dolor y frio, lo que al final del egreso se representa en dificultades a la hora de educar al paciente, muy distinto al paciente que se encuentra bajos efectos de anestesia raquídea (se duermen de la cintura para abajo o solo una extremidad), donde refieren los trabajadores que hay mayor atención por parte de los pacientes.

Los médicos y administrativos, ven el manejo educativo del paciente desde un punto de vista biomédico, esto en cierta manera afecta los procesos educativos dentro del área y otros factores como los económicos y laborales, condicionan más los procesos dentro de la unidad de cuidados postoperatorios.

Enfermería es el personal de salud que mayor interviene con los usuarios, medicina tiene una pobre adherencia a los procesos educativos, afirmando que ellos son los principales generadores de información para el seguimiento que se le da en casa a los pacientes.

A futuro se podría implementar un programa de educación indicado solo en el paciente postquirúrgico, puede ser la clave para mitigar factores como tiempo y falta de personal, lo que ayudara a que la atención que se le brinde al paciente sea la correcta y se tengan herramientas para combatir las consecuencias que pueda llevar una mala desinformación (reingresos, infecciones) y optimizar de mejor manera su tiempo enfocándose así en su bienestar, como lo emplean varios conceptos de educación en salud

Elaborado por:	Johan Eliecer Ferrer Plata
Revisado por:	Ana Claudia Rozo Sandoval

Fecha de elaboración del Resumen:	10	10	2019
--	----	----	------

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	15
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	18
3. OBJETIVOS	23
3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
4. JUSTIFICACIÓN	24
5. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	28
CAPITULO II.....	35
6. COMPRESIONES TEÓRICAS.....	35
6.1. ENFERMERÍA, EDUCACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD.....	35
6.2. GENERALIDADES SOBRE PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD	39
6.3. COMPRESIONES Y PRACTICAS EN EDUCACIÓN EN SALUD.....	41
6.4. CIRUGÍA AMBULATORIA.....	46
CAPITULO III	50
7. COMPRESIONES METODOLÓGICAS.....	50
7.1. INVESTIGACIÓN CUALITATIVA	50
7.2. INVESTIGACIÓN EXPLORATORIA.	52
7.3. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	53
7.4. ENTREVISTA.....	54
7.5. TIPOS DE ENTREVISTA	56
7.6. PERFIL DE LOS ENTREVISTADOS.....	58
8. TÉCNICA DE ANÁLISIS DE DATOS.....	66
9. CONCLUSIONES	72
BIBLIOGRAFÍA	75
ANEXOS	79

1. INTRODUCCIÓN

“Educar no es enseñar al hombre a saber, si no a hacer” Florence Nightingale

El ambiente hospitalario está caracterizado por una serie de elementos que hacen del mismo, el escenario adecuado para abordar las diferentes patologías y eventos que han afectado de algún modo la salud de quienes ingresan a éste, siempre en busca de mejoría y sanación. Los centros de medicina ambulatoria ofrecen una atención médica enfocada en el trabajo a las comunidades y en dar servicios especializados de medicina preventiva a fin de informar a los integrantes de la comunidad sobre el cuidado de la salud desde el hogar.

Las intervenciones quirúrgicas menores se desarrollan en los centros ambulatorios, estos centros de salud se caracterizan por prestar servicios de medicina preventiva, control médico y cirugía menor a las comunidades a fin de evitar la saturación de los grandes centros hospitalarios. Como en todo proceso quirúrgico la cirugía posee una serie de pasos y cuidados especiales antes, durante y después del procedimiento.

El cuidado posoperatorio consiste en las medidas tomadas para la recuperación del paciente tras el procedimiento quirúrgico. Durante este, se procede a realizar el tratamiento adecuado que sigue tras la cirugía y prevé una serie de pasos necesarios para la culminación del tratamiento, como los efectos pos anestésico, el traslado del paciente y los cuidados de sus heridas.

Parte de la preparación del personal médico hacia el paciente en los cuidados y tratamiento médico pre y post operatorios consisten en suministrar la información adecuada a los pacientes avanzando de manera adecuada en su tratamiento. Lo anterior se enmarca en

el campo de la educación en salud, a través del cual es posible ampliar la comprensión de suministro de la información a la apropiación real del proceso.

La educación en salud es definida por la Organización mundial de la salud” (OMS, 1948), como un proceso de concientización y responsabilidad del individuo y la comunidad por el bienestar propio y de las demás personas.

Por lo que la educación en salud consiste en un elemento fundamental de la salud pública y esta debe ser puesta en práctica a fin de que los pacientes sean partícipes en el proceso de recuperación propio, gracias al conocimiento de su condición de salud, tratamiento y cuidados; de manera que el objetivo del presente trabajo es analizar las comprensiones del personal de la unidad de cuidados postoperatorios sobre educación en salud con el fin de realizar un análisis entre los procesos teóricos a los prácticos que se realizan en el servicio, considerando que dichas comprensiones orientan a unas buenas prácticas y permiten al personal reflexionar sobre la importancia de la educación en salud en el paciente postoperatorio.

Con todo lo expuesto anteriormente, se refleja que la mayor motivación a la realización de esta investigación es el papel de la educación en salud en los pacientes ambulatorios y como esta crea condiciones que favorecen su recuperación y cuidados permitiendo una mayor colaboración entre el personal médico y el paciente.

Este documento presenta el proceso de reflexión investigativa y está dividido en cuatro capítulos: El primero expone la problemática a tratar en la investigación, sus interrogantes y los objetivos. En el segundo capítulo se abordan los elementos teóricos que

sustentarán el presente estudio como las definiciones de educación en salud, comprensiones y prácticas en educación en salud y diseños en educación en salud (didáctica, comunicación).

El tercer capítulo corresponde a la metodología empleada en el presente trabajo, el tipo de investigación y el instrumento de recolección de datos, el modelo de entrevista a realizar a los pacientes, personal de enfermería y personal directivo del centro de salud ambulatorio. Finalmente, el último capítulo consiste en la discusión y el análisis de los resultados suministrados por la entrevista en función de las argumentaciones teóricas revisadas en la investigación, para posteriormente presentar las conclusiones y consideraciones finales del estudio en cuestión.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La salud es el principal componente de bienestar que permite a todo ser humano realizar sus labores diarias. En el pasado se le han connotado diferentes significados, de acuerdo con el primer principio de la constitución de la Organización Mundial de la Salud, "la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad" (Organización Mundial de la Salud, 1948), definición clásica, de setenta años de antigüedad, que desde el momento que fue adoptada por la Conferencia Internacional de Salud celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, hasta la fecha se considera histórica y constituye un hito fundamental de la medicina moderna. (Organización Mundial de la Salud, 1948).

A partir de este concepto surgen diferentes actividades encaminadas a mejorar el proceso de salud de las personas, como la promoción de la salud y prevención de enfermedad, en diferentes contextos, en los que se encuentra salud pública, salud mental, etc. Después de esto se han desarrollado diferentes mecanismos para poder difundir conocimientos y saberes a la comunidad, con el fin de lograr ese completo bienestar defendido por la OMS, en donde la educación y comunicación en salud tienen un papel importante.

Por otra parte, la educación y comunicación en salud se pueden traducir como "Un proceso de formación, de responsabilización del individuo, la comunidad y la sociedad a fin de que adquiera los conocimientos, las conductas y los hábitos básicos para la defensa y la promoción de la salud individual y colectiva". (Departamento de Enseñanza, Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat De Cataluña, 1986)

Así mismo, este proceso de formación implica un encuentro entre el profesional de salud y el paciente, en donde el profesional a través de los recursos educativos, muestra al paciente la importancia de los cuidados a tener en el hogar, buscando que este sea consciente de sus hábitos y prácticas de vida saludable que mejoran su estado de salud.

El propósito de este encuentro es crear condiciones que permitan que las personas se apropien de este aprendizaje, y desarrollen la capacidad de pensar, sentir y actuar para el bienestar de su salud, es así como encontramos dentro de la literatura información la cual expresa la importancia de educar en salud y el impacto que este puede generar en las personas y las comunidades.

Es importante que la educación para la salud se extienda más allá de simple “información” sobre salud, la educación para la salud debe buscar el empoderamiento de individuos, familias, grupos y comunidad para que sea efectiva (Whitehead, 2018) (Marcus, 2014), por otro lado, menciona que las prácticas efectivas de educación del paciente deben ser aprendidas y reforzadas por los profesionales de salud para convertirse en parte del entorno de atención cotidiana. (Lagoueyte Gómez, 2015)

Por evidenciar la relevancia de la educación en salud dentro de la unidad de trabajo y la importancia que tiene para el personal de salud, el paciente y su familia, se hace importante que la revisión sistemática de la información sea enfocada a demostrar que la calidad de las buenas prácticas a través de la educación permite que el paciente alcance un nivel de compromiso con su salud ayudándolo a disminuir riesgos que lo puedan llegar a comprometer de manera física o mental.

En el caso de la cirugía ambulatoria la educación del paciente permite que este adquiera un mayor nivel de comprensión de las posibles complicaciones producidas por conductas de riesgo, de igual manera este puede colaborar con los cuidados hechos por el personal médico y con el tratamiento preventivo de dolencias postoperatorias.

En este contexto nos encontramos con una institución de cuarto nivel de atención, que ofrece servicios de salud en diferentes áreas especializadas las cuales son dirigidas por profesionales de salud enfocadas a las necesidades de los pacientes. Dentro de estos servicios se encuentra el área de cirugía, en donde se brinda atención durante sus tres fases, preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio.

En la fase postoperatoria, según las condiciones del paciente, podría manejarse como paciente ambulatorio, existen instructivos asistenciales e informativos dirigidos al profesional de salud y al paciente respectivamente, con el fin de cumplir con los objetivos establecidos para el alta del servicio y recuperación del paciente.

Sin embargo, la reflexión profesional que realicé alrededor de mi experiencia dentro de la unidad de cuidados posanestésicos me permitió identificar que la orientación que se le brinda al paciente está estancada en procesos informativos y no trasciende más allá; lo que conlleva que no se realicen buenas prácticas de educación en salud dentro de la unidad. Estos procesos de información al paciente ambulatorio hacen que se presenten las siguientes dificultades: retraso en los procesos asistenciales, reprogramación de pruebas y exámenes que restan tiempo a la atención de otros pacientes, sobrecarga laboral, falta de protocolos estandarizados sobre la temática, entre otros.

Otro aspecto importante es que no hay claridad en las pautas de cómo debe impartirse la educación en salud al paciente ambulatorio, lo cual lleva a que el personal lo haga a su manera sin tener consideraciones importantes dentro de la valoración actual del paciente.

El objetivo de la educación al paciente es que este adquiera conocimientos y conductas que fortalezcan el autocuidado y le permitan mejorar su estado de salud dentro de los procesos postoperatorios; si por el contrario el paciente no se apropia de su estado de salud, tanto él como el entorno en el que se desarrolla se verá afectado, incluyendo la clínica, donde se llevan a cabo procesos de mejoramiento continuo de la calidad.

Las consecuencias que se evidencian por la falta de educación en salud son el aumento en las tasas de reingresos y aumento de las infecciones del sitio operatorio, (Clinica Foscal, 2018), en ocasiones el paciente no dimensiona el impacto de estas consecuencias y la falta de comprensión lleva a que se atente su calidad de vida.

Además, otros antecedentes como el consumo de alcohol en exceso, tabaquismo, sedentarismo, siendo malas prácticas de cuidados en la salud realizadas por el paciente, impactan en los cuidados postoperatorios y al no tenerlos en cuenta a la hora de educar contribuyen al aumento en la morbimortalidad del paciente.

La educación en salud representa una serie de logros en materia de salud pública, desde su implementación a finales de los años 50's, a nivel individual la educación en salud permite a la persona poseer un mayor grado de comprensión de los elementos que pueden perjudicarlo, el protagonismo de este tipo de educación también influye en la familia, la escuela, la comunidad y los demás entornos de salud, ya que hacen parte de la persona en los aspectos que esta debe cuidar y atender desde su salud física y mental (Marcus, 2014) .

Se resalta la importancia de la apropiación de la educación en salud en todos los niveles de la institución, como se ha mencionado, las comprensiones y/o apropiación de la información sobre los conocimientos que giran alrededor del tema orientan a que las practicas faciliten el mejoramiento de los procedimientos tanto de manera individual (paciente), como colectiva (familia, unidad de cuidados postoperatorios, institución, etc.).

La educación por su parte, busca llevar el conocimiento o información de una persona a otra a fin de que esta pueda manejar dichos elementos y utilizarlas para mejorar su calidad de vida, Por lo que el fin último de esta propuesta radica en el análisis de las comprensiones que en materia de educación en salud tiene la institución, concretamente dentro de la unidad de cuidados postoperatorios. En este contexto, nacen la siguiente pregunta de investigación: **¿Cuáles son las comprensiones de educación en salud que tiene el personal de la unidad de cuidados postoperatorios y como estas inciden en la práctica dentro de la unidad?**

De acuerdo con la recolección de la información realizada al inicio de la investigación (Clinica Foscal, 2018) se han presentado reingresos hospitalarios y retrasos en la recuperación quirúrgica, demostrando que los procesos informativos no son ideales y tampoco eficaces a la hora de trabajar con los pacientes.

Por consiguiente, se plantea una última pregunta de investigación: **¿Cómo se perciben las prácticas de la unidad de cuidados postoperatorios en materia de educación en salud?**

3. OBJETIVOS

Analizar las comprensiones de los profesionales y de las personas que actúan en la unidad postoperatoria sobre educación en salud con el fin de contribuir al fortalecimiento de los conocimientos y conductas que favorezcan las condiciones de salud del paciente ambulatorio.

3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las comprensiones de educación en salud del personal de salud y administrativo que laboran en la unidad de cuidado postoperatorio.
- Identificar las comprensiones del paciente frente a la educación en salud y su relación con los procesos de información brindados por el personal de la unidad de cuidado postoperatoria.
- Determinar las prácticas asociadas a las comprensiones de educación en salud, por parte del personal del personal de la unidad de cuidados postoperatorios.
- Sugerir recomendaciones en materia de educación en salud a partir de los resultados de los estudios realizados en la unidad de cuidados postoperatorios.

4. JUSTIFICACIÓN

“La educación busca la perfección y la seguridad del ser humano, es una forma de ser libre, así como la verdad, la educación nos hace libres”, si es así, como esta nos da libertad para aprender del mundo; debemos con ella adquirir compromiso, disciplina y responsabilidad sobre lo que aprendemos y el propósito que tiene este aprendizaje” (León, 2019).

Dentro de los procesos de atención en salud, la educación es un pilar fundamental para los profesionales de cada área, que son los encargados de formar a los pacientes sometidos a exámenes, procedimientos, entre otros, con un objetivo en común: apropiación de los conocimientos básicos y adquisición de conductas para mejorar su salud.

En el área de cirugía, los procedimientos quirúrgicos han evolucionado permitiendo en cierto tipo de cirugías continuar la recuperación en el hogar, en donde un proceso claro de formación educativa dentro de la unidad quirúrgica ambulatoria, genera beneficios desde la parte costo-efectiva e integral del paciente.

Desde esta perspectiva la educación en salud resulta fundamental tanto en la formación profesional del médico, enfermeras y demás personal sanitario, así como en las técnicas y contenido que debe ser dirigido al paciente. La educación en salud es definida por la academia americana de pediatría como un medio para lograr un estado óptimo de salud en pacientes sujetos a una variedad amplia de tratamientos que van desde el alcoholismo hasta la lactancia, por lo que los consejos, sugerencias y material suministrado implica un mayor crecimiento de su conocimiento de la enfermedad y a la vez incrementa las posibilidades del

paciente de prever los signos de alarma ante cualquier complicación. (Castellano Barca, 2002).

La educación desde la mirada de una institución de salud, proporciona las herramientas necesarias para ayudar a los procesos de suma importancia, ya que ayuda a reducir costos, actúa sobre la integralidad del paciente reducción del gasto económico para los hospitales, desde la integralidad del paciente, psicológicamente habrá una afectación inicial, encontrando sentimientos previos al procedimiento como temor, miedo y ansiedad, los cuales, no le permitirá definir con exactitud el significado de la cirugía, sin embargo, luego del proceso de orientación formativa sus expresiones cambian y ven la cirugía más como una oportunidad que como un peligro.

El personal de enfermería es el encargado de orientar al familiar y al paciente respecto a los cuidados que se debe tener en el hogar después de un procedimiento ambulatorio, teniendo en cuenta las ordenes médicas, que la mayoría son temas relacionados con los medicamentos, entre esos, analgésicos, antibióticos, cuidados en el hogar (cuidado en la herida, drenajes, alimentación, posturas, dispositivos médicos), incapacidades, citas de control, entre otras.

Aunque varios motivos como: alta demanda de pacientes, sobrecarga laboral, poco personal, y la falta de claridad sobre la pertinencia y los alcances de educación en salud, no permitirán cumplir con su objetivo, reduciendo el proceso a mera información, lo cual evidencia una debilidad en la prestación de servicios, llevando a re-agendamientos, reingresos, cancelaciones y prolongación del tiempo de recuperación.

Para evidenciar esto, la clínica cuenta con la estadística de los pacientes que reingresan a la institución posterior a un egreso, se realizó la revisión del consolidado del mes de enero, febrero y marzo (2018) (Clinica Foscal, 2018) , para un total de 120 pacientes que reingresaron, de los cuales el 25% (30 pacientes) son reingresos asociados a procedimientos quirúrgicos divididos por las siguientes especialidades, cirugía general (15 pacientes), ginecobstetricia (13 pacientes), ortopedia (2 pacientes), las causas de reingreso fueron la infección del sitio operatorio, la mala adherencia al tratamiento y la exacerbación de enfermedades secundarias, muchas de estas causas pueden ser prevenidas desde el hogar ya que cuentan con los recursos para la atención, por lo tanto, esto nos genera la siguiente pregunta ¿Cuáles son las causas que originan los reingresos de los pacientes y cual es la relación con los procesos de información y educación?

Para explorar las posibles causas, mediante el seguimiento telefónico, se realizó una única pregunta a los pacientes 30 pacientes que reingresaron a la institución de salud, ¿Al momento de usted salir de la clínica hacia su casa, la educación brindada por el personal de enfermería fue clara teniendo en cuenta la información que se debe tener sobre los cuidados en casa?, las respuestas con mayor frecuencia entre los pacientes fueron las siguiente, 27 pacientes (90%) afirmaron, “Ella solo me entrego el folleto, no más”, 20 pacientes (66%), contestaron, “Las indicaciones no fueron muy claras”, 15 pacientes (50%), respondieron, “No entendí para que servía este medicamento”, 10 pacientes (33%), afirmaron, “Me hablaba con palabras que no entendía”.

Por esta razón es de gran importancia analizar cómo se orientan las prácticas en este sentido, y cuáles son las comprensiones de educación en salud, para brindar a los pacientes del proceso postoperatorio orientaciones adecuadas, ya que la finalidad es que puedan

apropiarse de los conocimientos y creen conductas que le permitan contribuir al mejoramiento de su estado de salud.

5. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

A la revisión del estado de la cuestión sobre el tema de educación en salud, encontramos algunas problemática en la unidad de cuidados postoperatorios: considerando que el propósito de la educación en salud es que el paciente se apropie de la información sobre sus cuidados para garantizar un alto grado de bienestar (como ya se mencionó) la inadecuada apropiación del concepto y prácticas que minimizan la relevancia del mismo, por parte del personal que atiende al paciente, dificultando su implementación.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud han visto la necesidad de reconocer al paciente como piedra angular para lograr los objetivos e indicadores propuestos, donde la educación juega un papel importante. Es así como crean dentro de sus procesos de mejoramiento continuo, programas y comités de educación que involucran al paciente y a sus familiares como agentes importantes en su paso por la institución con el fin de fomentar la adopción tanto de aptitudes como de actitudes que favorezcan el estado de salud de estos.

A lo anterior, sumamos importantes investigaciones en donde encontramos metodologías que permiten ver la importancia de la educación en salud dentro del ambiente clínico, en especial en la unidad de cuidados postoperatorios.

Al respecto se empiezan a desarrollar materiales de educación para los pacientes, que incluyen infografías, folletos, plegables, rota folios, hasta videos, etc. El registro de 5 investigaciones de los últimos años permite aproximaciones a los conceptos, prácticas y comprensiones que contribuyen el proceso de educación en salud en los profesionales, para garantizar bienestar a los pacientes.

Dentro de las investigaciones realizadas por (Horntvedt, Nordsteien, Fermann, & Severinsson, 2018) y (Clement, Ibrahim, Nicola, Michael, & Gillian, 2009), el papel de la enfermera dentro del proceso de educación en salud debe estar de la mano con la evidencia científica y entre muchas de las intervenciones que se encuentran para mejorar los procesos con el paciente, está el uso de un lenguaje estandarizado; acorde a su procedimiento y a otros factores como la edad, nivel de escolaridad, etc. Afirmando que las estrategias de enseñanza utilizadas por las enfermeras deben basarse en pruebas sólidas o en las mejores prácticas, usando estrategias basadas en la evidencia para apoyar sus métodos de enseñanza.

Revisando la literatura nos encontramos que los investigadores y profesionales han recomendado la implementación de actividades específicas de acuerdo a las situaciones, y al evaluar su eficacia, estas intervenciones facilitan la comprensión de la información en salud, donde el objetivo principal es hacer que la información se presente al paciente de forma clara y sencilla, basada en el diseño de documentos simplificados, en otras palabras se trata de proponer un documento que contenga menos información que la versión inicial (Greene , Peters , Mertz , & Hibbard , 2008).

(Peters, Dieckmann, Dixon, Hibbard, & Mertz, 2007) , proponen el uso de imágenes o recursos multimedia ya que aumentan la comprensión y a su vez el fortalecimiento de un plan de cuidados. (Campbell, Goldman, Boccia, & Skinner, 2004) Hablan de la importancia de la comprensión lectora por parte de los pacientes a la hora de educarlos, implementando herramientas audiovisuales, ayuda en los procesos de entendimiento, varias revisiones sistemáticas de la literatura han descrito estas intervenciones y sus efectos en la salud positivos en la salud.

(Santo, Laizner, & Shohet, 2005), (Coulter & Ellins, 2006) han descrito Programas de educación en salud que son usados en gran proporción en la prevención primaria y secundaria, existen varios programas de prevención para pacientes, estos programas presentan formas de intervención variables a nivel (individual, grupal, telefónica, doméstica, comunitaria) por ejemplo, son proporcionados por cuidadores, se realizan durante varios meses y el número de intervenciones educativas varían y al variar presentan la posibilidad de tratar varios temas que giran en torno a la salud del paciente (hábitos saludables, prevención de enfermedades, etc.).

Al ver que el concepto de educación en salud ha ido evolucionando y a su vez ha incorporado herramientas educativas virtuales, didácticas, etc.; los autores afirman que han sido de gran utilidad para el desarrollo de las personas, generando compromiso y responsabilidad de nosotros para los demás, las herramientas de fácil manejo y aplicabilidad permiten un libre desarrollo del concepto y las prácticas que se dan entorno a la educación en salud en los pacientes y trabajadores, con el fin de reforzar y fortalecer el propósito en el personal de salud para que estos cumplan objetivos enfocados en el bienestar del paciente.

(Elbert, Dijkstra, & Oenema, 2016) Realizaron un ensayo controlado aleatorizado en una intervención de una aplicación móvil para aumentar la ingesta de frutas y verduras por medio de texto y audio, pudieron concluir que hubo un aumento de la ingesta de frutas después de estar expuestos a la información auditiva y para los vegetales la ingesta aumento dada por la claridad en la información médica brindada

(Leon, Fuentes, & Cohen, 2014) Realizaron una revisión sistemática en 3 bases de datos de salud en donde el objetivo era mirar cual es el impacto que se genera al enviar información periódica con respecto a los cuidados en promoción y prevención en salud por

vía email, mensajes de texto o por vía telefónica, las intervenciones de mensajería periódica producen resultados positivos para los cambios de comportamiento de salud a corto plazo. Las intervenciones que incluyeron comentarios y sugerencias dentro de las estrategias tenían más probabilidades de informar resultados significativamente positivos.

(Verdaguer, Mateo, Wyka, Dennis-Tiwary, & Leung, 2018) Por medio de pruebas de usabilidad, quisieron mirar el impacto del uso de una herramienta basada en la web que comprendía un cómic de estilo manga con características interactivas (por ejemplo, efectos de sonido, ventanas emergentes seleccionables), mensajes personalizados y configuración de objetivos para reducir obesidad en jóvenes, los resultados destacaron experiencias positivas en general con la herramienta interactiva basada en la Web, especialmente relacionada con la trama, los efectos de sonido y los esquemas de color.

(Diehl, Souza, Gordan, Esteves, & Meister Coelho, 2017) quisieron ver la efectividad de un juego online, el estudio fue evaluar la aplicabilidad, la aceptación del usuario y la efectividad educativa de InsuOnline, un juego electrónico serio para la educación médica en terapia de insulina para la Diabetes mellitus (DM), los resultados fueron positivos. El juego fue aplicable, muy bien aceptado y altamente efectivo para la educación médica en terapia de insulina. En vista de su flexibilidad y fácil difusión, ayuda a reducir el reingreso clínico y a mejorar la calidad de la atención para los pacientes con DM. Refieren que para que la situación de enseñanza-aprendizaje sea eficaz, las personas deberán: a) ser más conscientes de su situación (conocer y expresar su situación); b) profundizar en ella (aumentar los conocimientos, analizar causas y reflexionar), y c) actuar (desarrollar recursos y habilidades, tomar decisiones, experimentar la realidad, evaluarla y reajustar). En resumen, se trata de

facilitar que las personas conozcan la situación en la que se encuentran y hablen de ella. Y para eso, hay que ayudar a pensar, más que decirles lo que tienen que hacer.

Analizando entonces los resultados obtenidos dados por las investigaciones, es de suma importancia que el personal reconozca que la educación en salud hace parte de todos nosotros, que desde el médico hasta el celador de la clínica forman parte de una cadena de información grande en donde el paciente es el mayor beneficiado.

La situación que actualmente se vive en la unidad de cuidados postoperatorios muestra falta de apropiación del concepto por parte de los actores que laboran en la unidad, médicos, enfermeras y directivos, es muy importante resaltar que la educación en salud no se limita simplemente a ver al paciente desde un enfoque biomédico esta mirada limitaría la posibilidad de tratar al paciente desde una dimensión amplia, como una persona.

El papel de las enfermeras dentro de la unidad postoperatoria, es el más importante, son las encargadas de educar al paciente respecto a los cuidados que deben continuar en el hogar, lo más destacado es que son profesionales que integran el concepto de educación en salud y desde el cuidado holístico trabajan por brindar integridad y seguridad en los procesos enfocados hacia el paciente. Pero al analizar las prácticas de las profesionales sobre dichos conceptos, encontramos que las enfermeras minimizan el proceso educativo a un proceso informativo, limitándose a entregar solo información y reduciéndolo en ocasiones a la entrega de un folleto.

La legislación actual en nuestro país, ley 1751 del 2015, establece que en adelante no basta simplemente con atender al paciente desde su patología clínica, sino que se debe garantizar integralidad, a través de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento,

recuperación, rehabilitación y paliación, desde estos aspectos la educación en salud se encontrara siempre presente, mirándola desde una oportunidad para abordar al paciente desde la promoción hasta la paliación.

Una de las más importantes resoluciones que hacen parte del plan de intervenciones educativas en salud en Colombia es la resolución 518 del 2015, por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), documentos de inmediata ejecución encargado de favorecer la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en donde su anexo técnico habla de las intervenciones, procedimiento, actividades e insumos a ser financiados con recursos del plan de salud pública, una intervención es la educación y comunicación para la salud que se define como un “Proceso de construcción de conocimiento y aprendizaje mediante el diálogo de saberes, orientado al desarrollo y fortalecimiento del potencial y las capacidades de las personas, las familias, las comunidades, las organizaciones y redes para la promoción de la salud individual y colectiva, la gestión del riesgo y la transformación positiva de los diferentes entornos. Su intencionalidad es la de aportar al desarrollo de la autonomía individual y colectiva en la determinación de sus estilos de vida y en la garantía del derecho a la salud. En donde se incluyen procesos formativos y/o de comunicación orientados a:

- Generar comprensión sobre una realidad individual o particular de salud; clarificando valores, facilitando procesos de modificación conductual, desarrollo de habilidades para la vida, y motivando el cambio de creencias personales asociadas con el proceso salud - enfermedad;

- Propiciar la transformación de actitudes, normas sociales, comportamientos e imaginarios;
- Desarrollar el saber, comprender, sentir y actuar en relación con los temas de participación social en salud y de salud pública identificados en la población;
- Generar empoderamiento en las personas, las familias y los colectivos; aumentando y potenciando sus capacidades en el desarrollo de estilos de vida saludables y condiciones que favorezcan la salud; mediante acciones individuales, grupales y colectivas;
- Formar a las personas, las familias y los colectivos para aumentar sus capacidades para el control sobre su salud, potenciando factores que generan o mantienen estilos de vida saludable y reducen aquellos que generan perjuicios.

Teniendo en cuenta la búsqueda bibliográfica y legislativa de este capítulo de antecedentes investigativos, concluimos que el propósito de la educación en salud siempre será por luchar que el paciente se encuentre en un óptimo bienestar de salud posible, en donde esa salud se ve más allá una mirada clínica, hablando desde el ambiente que lo rodea, las personas, entre otras.

CAPITULO II

6. COMPRESIONES TEÓRICAS

6.1. ENFERMERÍA, EDUCACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

La enfermería ha sufrido profundos cambios en los roles y funciones que deben desempeñar los profesionales de esa rama de la ciencia de la salud. Esto ha hecho, que dichos profesionales jueguen un papel determinante en la promoción y educación de la salud. Comprender ese papel ha traído continuas reflexiones sobre el enfoque de la promoción de la salud.

En ese sentido, los conceptos de promoción y educación de la salud se presentan de manera compleja, se relacionan y complementan entre sí, van de la mano. Sin embargo, son diferentes, la promoción de la salud se centra en las relaciones que establezcan los profesionales de la enfermería con los individuos, familias, grupos y comunidades creando espacios permanentes de empoderamiento sobre el tratamiento de su propia salud, sea individual y/o colectiva. Por su parte, el concepto de educación de la salud hace hincapié en programas planificados, organizados y ejecutados que involucran los procesos de la enseñanza incluso de evaluación, superando la simple transmisión de información, considerando la formación de enfermeras en la educación.

Las afirmaciones anteriores, coinciden con (Whitehead, 2018) quien señala que el uso del término promoción de la salud tiene implicaciones más importantes relacionadas con la educación en salud, ya que la promoción de la salud (Promoción de la salud, OMS, 2016) “permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud. Abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y

la calidad de vida individuales mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación”. Dentro de uno de los componentes esenciales de la promoción de la salud, está la educación sanitaria en donde “Las personas han de adquirir conocimientos, aptitudes e información que les permitan elegir opciones saludables, por ejemplo, con respecto a su alimentación y a los servicios de salud que necesitan. Tienen que tener la oportunidad de elegir estas opciones y gozar de un entorno en el que puedan demandar nuevas medidas normativas que sigan mejorando su salud.” (Promoción de la salud, OMS, 2016) y para un mayor compromiso sugiere el cambio de comportamiento y estilo de vida sustentado en enfoques de teorías de aprendizaje social. (Whitehead, 2018).

Sobre la promoción de la salud se puede considerar que "*Jugó un papel central en la construcción de un nuevo discurso de promoción de la salud, uno que abarca el contexto socioeconómico, yendo más allá del individuo, el estilo de vida para el bienestar y abrazar empoderamiento de la comunidad y participación*" (Whitehead, 2018)

En este sentido, esta nueva concepción abrió paso a elementos de acción individual y colectiva a incorporar en dicha promoción haciéndola más integral y completa, con el objetivo de lograr el empoderamiento de los individuos, pacientes y cuidadores, así como de la comunidad.

A su vez, es importante incorporar en esta definición elementos como: la reorientación del servicio de salud, desarrollo de habilidades personales, la educación para la salud, la comunicación, la vida útil y entorno de la persona o grupo (Whitehead, 2018). En concordancia con Whitehead, los servicios de salud se deben reorientar hacia la comunidad, es decir, en un servicio primario de atención comunitario y un servicio de salud pública

colectiva. Ampliando los roles de las enfermeras en el servicio a la comunidad, como, por ejemplo, enfermeras comunitarias, enfermeras estrechando su relación con la comunidad, haciendo posible la promoción y educación de la salud para el empoderamiento de conocimientos y aprendizajes de técnicas para la autogestión de la salud de comunidades, grupos o de individuos. Generalmente, las enfermeras que trabajan en hospitales o clínicas, y que participan en la promoción de la salud, tienden a desarrollar los elementos de reorientación de los servicios de salud y el desarrollo de habilidades personales.

El desarrollo de habilidades personales para la educación en salud se incorpora desde elementos desarrollados por la persona, con la familia y entorno a la comunidad, el trabajo de estas habilidades permite afianzar confianzas en los procesos de educación en salud que se están llevando a cabo, con el fin de que los actores asuman su responsabilidad en el rol de cuidado que les corresponde dado por distintos elementos, siendo uno de ellos la comunicación.

La comunicación de la salud se puede definir como un enfoque emergente de la promoción y educación de la salud. La comunicación abarca la difusión de la salud y la alfabetización en información logrando asertividad en el tratamiento de enfermedades o condiciones de salud de pacientes y comunidades, usando medios de comunicación y redes sociales en campañas de salud pública o el tratamiento de algunas condiciones de salud, siendo fundamental discurso y mensaje idóneo y comprensible por las personas a las que va dirigida.

Por otra parte, siguiendo con el autor mencionado, las etapas de la vida de una persona y los entornos a los que pertenece determinan significativamente la promoción de la salud, por ejemplo: el hogar, escuelas, trabajos, lugares de esparcimiento, entre otros; y etapas

como, por ejemplo: el nacimiento, la niñez, la adolescencia, los embarazos, la vejez, entre otros. El autor propone planificar la promoción de la salud con base en el entorno al cual pertenece, promoviendo una visión holística de la salud, para ello es vital el trabajo de las enfermeras precisando los elementos comunes de la salud (Whitehead, 2018). Cuando se habla del desarrollo de estrategias, es importante determinar previamente el grupo al cual va dirigido, las etapas de la vida y el lugar en el que llegará la información.

Se puede concluir que, la promoción de la salud es un proceso completo y que se apoya y complementa en la educación de la salud. Dicho proceso está referido al empoderamiento de habilidades personales, conocimientos y estrategias de los individuos, familias, grupos y comunidades logrando el tratamiento y la autogestión de su propia salud, sea individual y/o colectiva, cambiando el comportamiento y estilos de vida. Para lograr esto, son fundamentales las relaciones que establecen los profesionales de la enfermería con los pacientes, familiares, cuidadores, la comunidad, desarrollando una educación de la salud con programas organizados, planificados, ordenados considerando el entorno al cual va dirigida la promoción y las etapas de la vida útil puesto que esto determina el mensaje para la campaña de promoción de la salud.

6.2. GENERALIDADES SOBRE PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Se establece que la promoción de la salud se centra en la equidad sanitaria, para lo cual es indispensable crear condiciones de bienestar para todos, garantizando accesibilidad y mejora de su salud, ejerciendo un mayor control sobre esta, otorgándole un estado físico, mental y social adecuado. Esas condiciones bienestar deben ir de la mano con los siguientes elementos: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. (Díaz Brito, Pérez Rivero, Báez Pupo, & Conde Martín, 2012)

Es importante considerar en la promoción de la salud las alianzas que el sector salud debe establecer con otros sectores, creando compromisos políticos con entes gubernamentales que faciliten recursos para la construcción social de la salud. Es por ello, que se impulsan normas y leyes que faciliten condiciones para las personas, grupos y comunidades, con el fin de lograr acciones en todos los ámbitos sociales, económicos, políticos, psicosociales y culturales.

De acuerdo con (Díaz Brito, Pérez Rivero, Báez Pupo, & Conde Martín, 2012), la educación para la salud es un proceso formal de enseñanza para el desarrollo de habilidades y conductas para asegurar la mejora de la salud de individuos, familias y comunidades, considerando las causas que influyen negativamente en la salud y el conocimiento de prácticas que lleven a estilos de vidas saludables.

La educación para la salud aporta técnicas valiosas para los profesionales de la salud en la enseñanza y toma decisiones personales, que permiten crear hábitos y conductas saludables en las personas. Esta creación de hábitos y conductas se dan inicialmente

empleando técnicas individuales de valoración como lo son la entrevista, la demostración, charla educativa y de manera grupal encontramos el panel, mesa redonda, técnicas en artes dramáticas y escénicas, y la dinámica de grupos.

La finalidad de la implementación de estas técnicas no es tanto que se lleven a cabo para definir comportamiento que el profesional de la salud imponga, sino que es, para facilitar que las personas movilicen sus propios recursos y desarrollen capacidades que les permitan tomar decisiones conscientes y autónomas sobre su propia salud. La educación se entiende, como un proceso por el cual las personas son más conscientes de su realidad y del entorno que les rodea, ampliando sus conocimientos, valores y habilidades que les permitan desarrollar capacidades para adecuar sus comportamientos a la realidad. Y ello se produce a través de sus propias experiencias, vivencias y conocimientos, organizándose y modificándose ante los nuevos conocimientos o experiencias que se dan en el proceso educativo (López Méndez & Costa Cabanillas, 2008).

6.3. COMPRENSIONES Y PRACTICAS EN EDUCACIÓN EN SALUD

La salud pública en el pasado ha reconocido el papel de la educación, como un carácter auxiliar e instrumental: una estrategia, una herramienta. No es asunto de la salud pública pensar la teoría de la educación, pues este es el campo de otras disciplinas. De lo que se trata es de “aplicar” esos conocimientos, “adaptándolos” a la visión disciplinar; en este caso, a la visión biomédica que, además, requiere un modelo educativo acorde con su función de imposición y control.

Por eso autores (Bourdieu & Passeron, 1996) y (Bernstein, 2000) en su época hablaban de un modelo tradicional de educación sobre modelos coactivos o conductistas, siendo los más indicados para estos propósitos educativos en salud pública, pero, además, desde una perspectiva más amplia, es también la aproximación pedagógica más indicada para la reproducción social y cultural, dado que la salud pública tradicional también es un instrumento para legitimar y mantener el orden social en donde estos discursos pedagógicos son también discursos socioculturales que configuran verdades sobre la realidad social y la ciencia.

Estos modelos conceptuales con el paso del tiempo han cambiado, ahora se articulan definiciones teóricas y prácticas más acordes con el modelo de enseñanza en educación en salud, en donde, la educación para la salud es un modelo de trabajo en la actividad de los educadores y de los profesionales sanitarios. Según (Modolo, 1979) «es un modelo que ayuda al individuo a adquirir un conocimiento científico sobre problemas y comportamientos útiles para alcanzar el objetivo «salud».

Para mediados del año de 1954 la OMS, adjudica tres objetivos para la educación en salud, los cuales son:

- Obtener que el concepto de salud se inserte en los «valores» reconocidos por la comunidad.
- Ofrecer a la población conocimientos suficientes y capacidad práctica para resolver los problemas de salud.
- Favorecer el desarrollo de los servicios sanitarios. Para conseguir estos objetivos.

(Modolo, 1979) Señala que toda acción dentro de los objetivos para la práctica de educación para la salud debe reunir los requisitos y consideraciones siguientes:

- La educación para la salud no debe centrarse sólo en el individuo, debe comprender al grupo, ya que los comportamientos individuales tienen en gran medida una influencia grupal, social.
- Se deben abordar problemas concretos, relevantes y percibidos. No se deben tratar problemas no sentidos, pues carecen de significación, ni tampoco generales, que, por ser excesivamente amplios, difuminan una posible actuación. Es importante recoger las vivencias de los individuos.
- La acción debe ser continua y no puede quedarse en actuaciones puntuales, esporádicas o de «campanas». La formación de actitudes y comportamientos requiere un tiempo superior al necesario para la mera información.
- Se debe tener en cuenta la competencia de todos los individuos. Cada persona tiene unos comportamientos y actitudes debido a una historia y a una serie de

condicionantes que ella misma conoce y valora, por lo que decidirá cambiarlos o no en función de su escala de valores.

- El profesional de la educación para la salud no debe establecer una relación de autoritarismo, presentando un mensaje de forma dogmática como «la verdad», sino que debe presentarse como colaborador en la búsqueda de soluciones a problemas de interés para todos.
- La información suministrada debe ser veraz e íntegra, es decir, no debe ser parcial, falsa o deformada. Reconociendo la dificultad de la neutralidad, se debe buscar anular las tendencias por confrontación de los datos provenientes de diversas fuentes.

Estas acciones a su medida han ido evolucionando y tomando muchas más fuerzas por partes de las organizaciones de salud a nivel mundial, para el año 2017, la organización panamericana para la salud, y la OMS seccional de las Américas en su documento “educación para la salud un enfoque integral” habla que “La educación es considerada la vía más adecuada para alcanzar el desarrollo humano y sostenible, por cuanto además de intervenir en determinantes sociales de orden estructural, fomenta el desarrollo de competencias que incluyen conocimientos, habilidades y destrezas que desarrolla una persona para comprender, transformar y participar en el mundo en el que vive, por tanto se hace necesario abordarla, no solo desde el ámbito de las instituciones educativas y de los individuos, sino desde las formas de gobierno, desde el desarrollo de políticas educativas, el acceso y calidad de la educación (OMS OPS , 2017).

Desde este punto de vista actual, ya no podemos ver la educación en salud como “un instructivo o elemento”, se debe entender la educación para la salud desde un enfoque integral

como un proceso de generación de aprendizajes, no solo para el autocuidado individual, sino para el ejercicio de la ciudadanía, la movilización y la construcción colectiva de la salud en la cual participan las personas y los diferentes sectores del desarrollo (Hernández Sánchez, 2014).

Por lo tanto, el campo de la educación para la salud es emergente, definiendo con claridad sus temas, alcances, métodos y entre esos sus prácticas, por eso al hablar de educación en salud debemos reunir otros aspectos como lo son la salud, la educación y el comportamiento. Al hablar de salud queremos reunir la concepción holística o global del bienestar físico, mental, espiritual y social de la persona.

Las conductas que nos permiten mejorar la salud se estudian a través de tres sectores de la salud: la promoción de la salud, la prevención de los problemas de salud y el tratamiento de los problemas de salud. Estos sectores corresponden a distintas ciencias de la salud: medicina tradicional, medicina alternativa, nutrición, fisioterapia, ergoterapia, odontología, salud comunitaria, ciencias de la enfermería, ciencias sociales, etc. (Universidad de Cantabria, 2019).

Poniendo como ejemplo a la mujer, la educación aumenta el estatus de la mujer, favorece su salud sexual y la protege de la violencia doméstica. También sabemos que las mujeres que contribuyen a los ingresos familiares suelen invertir en el bienestar de sus familias: uniformes y libros escolares, mejores alimentos, letrinas, mosquiteros para protegerse del paludismo, etc. La educación es un arma poderosa para romper el ciclo de la pobreza, la enfermedad, la miseria y la persistencia intergeneracional del bajo nivel socioeconómico de la mujer. (Chan, 2010).

Sobre el comportamiento, la mayor parte de nosotros estamos perfectamente conscientes de que no basta adquirir información acerca de los efectos positivos o negativos de un comportamiento determinado, para motivar un cambio de comportamiento. ¿Cuántos de nosotros fumamos o conocemos a otras personas que fuman a pesar de las pruebas irrefutables de lo perjudicial que es para la salud? Como la motivación es la que ocasiona, canaliza, refuerza o cambia un comportamiento, constituye la clave para la creación de enfoques y actividades apropiados de educación en salud. (Rice, 1985)

Para concluir con este apartado, se habla de educación y no de pedagogía en la educación en salud, es importante tener claro estos conceptos a la hora de hablar de educación en salud, la educación es un proceso que ayuda a facilitar procesos de aprendizaje en la adquisición de conocimientos, así como habilidades, valores y creencias, además de crear conciencias sobre su necesidad de un cambio. Pedagogía hace más referencia a la disciplina que tiene como objeto de estudio la educación con la intención de organizarla para cumplir con determinados fines, establecidos a partir de lo que es deseable para una sociedad, es decir, el tipo de ciudadano que se quiere formar. Perteneciente al campo de las ciencias sociales y humanas (Ministerio de Educación Nacional, 2007).

6.4. CIRUGÍA AMBULATORIA

La cirugía ambulatoria se considera un procedimiento de baja complejidad y riesgo, la cual se destaca en que el paciente luego de la intervención puede volver a su casa, por lo que dicho procedimiento ha aumentado su aplicación mucho en los últimos años. Así, se considera que la cirugía ambulatoria *“es la práctica de procedimientos quirúrgicos terapéuticos y/o diagnósticos en pacientes que el mismo día de la intervención quirúrgica vienen de su domicilio y vuelven a él, después de un período de observación y control”*¹. Es así como este tipo de cirugías se caracterizan por ser cortas y tienen un período de recuperación igualmente cortos.

(Ricart, Isanta, Iruela, Estrada, & Borbón, 2002) La cirugía ambulatoria puede clasificarse en tres grupos o modalidades: cirugía mayor ambulatoria o sin ingreso (CMASR), cirugía menor ambulatoria (CMA). En cuanto a la cirugía mayor ambulatoria (CMASR), se define como el conjunto de procedimientos quirúrgicos terapéuticos y/o diagnósticos de complejidad media ejecutadas bajo anestesia general, loco regional o local, con o sin sedación, en pacientes que vuelven a su domicilio el día de la intervención quirúrgica luego de observación y control.

Este tipo de intervenciones no requieren el ingreso hospitalario, siendo dados de alta los pacientes pocas horas después de realizado el procedimiento, debido a que las atenciones postoperatorias son poco intensivas y de corta duración.

¹ Ricart, A., Pelegrí, D., Iruela, O, et al. Manual de Cirugía Ambulatoria. Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social. Barcelona, enero de 2002. p. 7.

También se conoce este tipo de cirugía con el nombre de cirugía ambulatoria o cirugía sin ingreso. Los procedimientos considerados de cirugía mayor ambulatoria son los del tipo II según la clasificación de Davis, los cuales requieren atenciones postoperatorias específicas, poco intensivas y cortas como para requerir el ingreso, en los cuales las técnicas quirúrgicas y anestésicas han permitido realizarlas ambulatoriamente, y los pacientes pueden seguir los cuidados postoperatorios en su casa.

Por su parte, la cirugía menor ambulatoria, son procedimientos que tradicionalmente se han realizado en las consultas externas del hospital o en las áreas de urgencias, pues se constituyen en procedimientos diagnosticados o terapéuticos que se realizan en consultas externas o consultorios médicos contando con condiciones mínimas para la realización de las mismas, y que no requieren cuidados postoperatorios, yéndose los pacientes al poco tiempo de realizada la intervención. Para ser considerado un procedimiento como cirugía menor ambulatoria debe cumplir con una serie de requisitos: dependientes del paciente, dependientes del tipo de intervención, requisitos profesionales, requisitos de equipamiento, requisitos físicos, estructura física, requisitos de esterilización y gestión de los residuos, protocolos, relación con otros centros y/o servicios, protocolo de actuación postoperatoria y sobre el libro de reclamaciones.

(Ricart, Isanta, Iruela, Estrada, & Borbón, 2002) Explican que la cirugía menor ambulatoria (CMA), es la práctica de procedimientos quirúrgicos terapéuticos y/o diagnósticos de baja complejidad practicados con anestesia local o troncular, en pacientes que el mismo día de la intervención quirúrgica vuelven a su domicilio, con un mínimo período de observación postoperatoria. Este tipo de intervenciones es aún más sencillo que

la cirugía mayor ambulatoria y requiere de menor tiempo aún para la recuperación del paciente.

Por último, está la cirugía menor de consultorio, la cual incluye procedimientos quirúrgicos mínimamente invasivos que solo requieren anestesia local, sin necesidad de un anestesista y que pueden realizarse en consultas médicas. Para este tipo de intervenciones se deben cumplir con una serie de criterios procurando controles de calidad en los mismo evitando que se hagan en consulta procedimientos de mayor complejidad, los cuales son: dependientes del paciente, dependientes del tipo de intervención, requisitos profesionales, requisitos de equipamiento, requisitos físicos, requisitos de esterilización y gestión de los residuos, relación con otros centros y/o servicios, documentación clínica, protocolo de actuación postoperatoria.

Igualmente, con respecto a la cirugía menor de consultorio (*office-based*), Ricart, Pelegrí, Iruela, et al, la definen como el procedimiento quirúrgico de más baja complejidad realizados en consultas o despachos médicos, con anestesia local, y que, sin ningún periodo de tiempo ni cuidado postoperatorio, el paciente puede volver a su domicilio (Viñoles Pérez, 2007). La cirugía menor de consultorio se diferencia de la cirugía menor ambulatoria en que, aunque en ambas pueden llevarse a cabo procedimientos quirúrgicos similares, la cirugía menor ambulatoria pueden admitir pacientes médicamente más complejos, porque ante cualquier complicación siempre se puede contar con el apoyo del resto de la dotación del hospital.

(Paciente Ambulatorio, Foscal, 2017), La importancia de la cirugía ambulatoria radica en que como modelo de práctica de procedimientos quirúrgicos de baja complejidad y riesgo permite que el paciente vuelva a su domicilio el mismo día de la intervención.

Con el pasar de los años esta práctica ambulatoria ha ido incrementándose puesto que no solo representa más comodidad para la recuperación del paciente, sino que representa menores costos para el mismo paciente y para los hospitales, dejando la capacidad instalada de los mismos para intervenciones quirúrgicas de mayor complejidad y con procesos de recuperación más complejos e intensivos que requieren la presencia, observación y control en el postoperatorio de los distintos profesionales de la salud.

Estos procedimientos ambulatorios han logrado la expansión en su uso y su consolidación porque incorporan en dichos procedimientos el uso de técnicas anestésicas y fármacos que permiten la recuperación rápida del paciente. También son beneficiosos por los resultados económicos, pues representan menos gastos médicos. Y cabe destacar, la participación activa y el esfuerzo de los profesionales de la salud, así como, la aceptación por parte del paciente de las ventajas del carácter ambulatorio. Todo lo anterior, hace que las cirugías ambulatorias estén ganando importancia en las opciones de intervenciones quirúrgicas e incluso sean consideradas este tipo de procedimientos ambulatorios para exploraciones diagnóstico terapéuticas, estudios médicos o exámenes médicos.

CAPITULO III

7. COMPRESIONES METODOLÓGICAS

7.1. INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

La investigación cualitativa trata del estudio sistemático de la experiencia cotidiana y lo hace poniendo el énfasis en la subjetividad. Es decir, se interesa por cómo las experiencias son vividas e interpretadas por quienes las viven. Este enfoque no pretende, por tanto, predecir el comportamiento ni identificar sus "causas" sino que trata comprenderlo en el sentido explicado por Max Weber (Von Wright, 1979): al conocer la intencionalidad de las acciones y hacerlo desde el punto de vista del otro, permite aprender sobre su naturaleza subjetiva y racional. Dicho de otra manera: el investigador cualitativo se pregunta cómo algo sucede, y no ¿por qué sucede? Conocer la naturaleza de que acontece nos lleva a entender el porqué.

La investigación cualitativa consta de tres acciones para lograr la producción de un nuevo documento más sintetizado y de fácil comprensión, las cuales son: la comunicación, pues se recupera información del documento original; la transformación, ya que por medio de la interpretación y el análisis, se transforma un documento primario en uno secundario más fácil de comprender; y el análisis-síntesis se estudia, interpreta y sintetiza de manera metodológica y detalladamente produciendo un nuevo documento. (Sandoval Casilimas, 2002)

Los estudios cualitativos en salud se inician coincidiendo con su auge en las ciencias sociales. Desde un principio los sociólogos se interesaron por esta área y en particular por la enfermería. Cabe destacar el estudio de enfoque etnográfico realizado en los años 50 en el

que se revelan los conflictos de roles y los problemas en el trabajo de las enfermeras (Turner, 1999), y el que se realizó sobre la socialización profesional (Davis & Olesen, 1963). En la actualidad, la enfermería es el grupo profesional de la salud que más proyectos cualitativos está realizando. Se ha señalado que está en una posición privilegiada para explicar a otros el mundo del enfermo, su familia y los procesos que acontecen al interior; se afirma que la enfermería conoce esos mundos como no lo hace otra disciplina (Swanson & Chenitz, 1982).

Para la Enfermería de manera específica, los estudios cualitativos permiten el acceso a la acción y, como señala (Strauss, 1978), a una acción que es moral y eficaz. Nos proporcionan claves para, por ejemplo; prestar cuidados realmente individualizados y basados en las necesidades del paciente. Un buen estudio cualitativo nos tiene que aproximar a la experiencia subjetiva como lo hacen las buenas obras de arte y las buenas narraciones. Las imágenes que despiertan en nosotros permiten captar lo vivido. Aprender del mundo del otro nos convierte sin duda en mejores profesionales.

Si analizamos las características de la profesión podemos comprender la aceptación tan grande que ha tenido entre nosotros. La definición de (HENDERSON, 1961), aprobada como la definición del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), nos da una de las claves más importantes: “la enfermería se coloca en la subjetividad de las personas para identificar sus necesidades. Es un grupo profesional que trabaja con un método inductivo y enfocado en las personas. Además, debido al contacto permanente con el paciente, el profesional de enfermería está cerca de la experiencia humana y no de la enfermedad como un fenómeno patológico. Poderse colocar en el lugar de la otra persona para comprender su experiencia y utilizar la inducción para construir teoría son dos de los elementos más importantes de la metodología cualitativa. (DE LA CUESTA, 2000)

7.2. INVESTIGACIÓN EXPLORATORIA.

Según (van Teijlingen & Hundley, 2002) un estudio exploratorio es una pequeña versión de una investigación mayor, es un estudio de menor escala que permite evidenciar cuestiones de orden metodológico, descubrir posibles problemas técnicos, éticos, logísticos, y, además, mostrar la viabilidad y coherencia de los instrumentos y técnicas a utilizar antes de iniciar la recolección de información para la investigación.

En los estudios exploratorios se abordan campos poco conocidos donde el problema, que sólo se vislumbra, necesita ser aclarado y delimitado. Esto último constituye precisamente el objetivo de una investigación de tipo exploratorio. Las investigaciones exploratorias suelen incluir amplias revisiones de literatura y consultas con especialistas. Los resultados de estos estudios incluyen generalmente la delimitación de uno o varios problemas científicos en el área que se investiga y que requieren de estudio posterior (Rosa, 1998).

La investigación de tipo exploratorio ofrece un acercamiento al problema que queremos abarcar, este tipo de investigación se realiza para conocer sobre el tema a tratar y tener un mayor grado de familiarización con algo que hasta ahora estamos conociendo, los resultados de este tipo de investigación nos dan un punto de vista superficial sobre el tema o un pequeño panorama sobre el asunto, por otra parte, la investigación sigue una lógica descriptiva, pues “busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que esté sometido al análisis” (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2006).

7.3. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Durante el proceso de investigación se obtendrán datos que podrán ser sintetizados e integrados, estos datos serán generados por una entrevista semiestructurada, dirigidas a los pacientes, directivos y personal asistencial. De esta forma, es posible definir a las entrevistas semiestructuradas como una instancia en la que “se hacen preguntas precisas redactadas previamente y se sigue un orden previsto. El entrevistado, por su parte, es libre de responder como desee, pero dentro del marco de la pregunta hecha” (López Estrada & Deslauriers, 2001) . Por consiguiente, la entrevista tiene como finalidad realizar un análisis entre la teoría expuesta en páginas anteriores y la práctica en educación en salud que se está realizando en el centro ambulatorio.

7.4. ENTREVISTA

Con la entrevista se pretende facilitar en los participantes la expresión de emociones, sentimientos, pensamientos y conocimientos entorno a un tema. El estudio exploratorio opta por la entrevista semi – estructurada, ya que ella, está basada en un guion que permite dirigir puntos y cuestiones que serán exploradas. (Muñoz & Nicanor , 2011).

Lo que exponen (Díaz-Bravo, Torruco-García, Martínez-Hernández, & Varela-Ruiz, 2013) es que, la entrevista es una técnica que implica una conversación con el objetivo determinado de recabar datos, donde se desarrolla un diálogo y una comunicación interpersonal entre el investigador y el sujeto de estudio a fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre un problema propuesto. La entrevista para investigaciones cualitativas es mucho más pertinente que el cuestionario pues se obtienen información más completa y profunda y además posibilidad de que se aclaren dudas durante el proceso asegurando una gran variedad de respuestas.

Con la entrevista se pretende facilitar en los participantes la expresión de emociones, sentimientos, pensamientos y conocimientos entorno a un tema. El estudio exploratorio opta por la entrevista semi – estructurada, ya que ella, está basada en un guion que permite dirigir puntos y cuestiones que serán exploradas (Patton, 2002).

La entrevista es una de las técnicas de recolección de información más usada y valiosa cuando se quieren estudiar hechos sociales y humanos, puesto que pone en contacto directo al entrevistador con los sujetos que participan en la investigación permitiendo escuchar directamente la óptica de los mismos sobre el problema estudiado.

Por otro lado, (Folgueiras Bertomeu, 2016) establecen que la entrevista es una técnica de recogida de información que tiene como objetivo principal obtener información de forma oral y personalizada sobre acontecimientos, experiencias y opiniones de personas, en la cual participan dos personas, el entrevistador y el de entrevistado, generándose entre ambos una interacción en torno a una temática de estudio. Cuando en la entrevista hay más de una persona entrevistada se estará realizando una entrevista grupal, por lo que la entrevista también se define por el número de personas entrevistadas, entrevistas individuales y entrevistas grupales.

Es así como la información que se va recolectando va dando pie a otros temas que permitan comprender y explicar el tema estudiado produciéndose una cantidad riquísima y variada de información caracterizada por las experiencias personales, individuales y grupales de quienes son entrevistados, aportando una óptica cualitativa del problema de estudio. Por ello se considera que la entrevista es el arte de realizar preguntas y escuchar respuestas.

7.5. TIPOS DE ENTREVISTA

Con respecto a los tipos de entrevistas, (Díaz-Bravo, Torruco-García, Martínez-Hernández, & Varela-Ruiz, 2013) afirman que los más usados de acuerdo a su planeación corresponden a tres tipos: las Entrevistas estructuradas o enfocadas, las entrevistas semiestructuradas y las entrevistas no estructuradas.

Las entrevistas semiestructuradas, son más flexibles, puesto que plantean un conjunto de preguntas que pueden adaptarse al entrevistado, aclarando términos y dudas, ambigüedades y eliminando formalismos, se presentan un conjunto de preguntas que podrán tener la respuesta elegida por el entrevistado, dando pie a una interacción mayor y mejor calidad en la información. Y, por último, las entrevistas no estructuradas, son las más informales, se adaptan a la conversación con el entrevistado, pero pueden desviarse del tema estudiado puesto que hay total libertad en la conversación. (Folgueiras Bertomeu, 2016).

En cuanto a la entrevista semiestructurada continúan (Folgueiras Bertomeu, 2016), se decide de antemano qué tipo de información se requiere y en base a ello se establece un guion de preguntas. No obstante, las preguntas son abiertas lo que permite recoger información más rica y con más matices que en la entrevista estructurada. Este tipo de entrevistas, aunque se elabora previamente un guion de preguntas que permitirán encaminar la conversación por los temas de interés deja la posibilidad al entrevistado de responder abiertamente y de aportar información más variada que permitirá la mejor comprensión del tema estudiado.

El presente trabajo se desarrolló bajo un tipo de investigación cualitativa, debido a que atiende a las comprensiones, puntos de vista y los modos de ver propios de determinados

actores sociales sobre ciertos fenómenos, los cuales se encuentran relacionados con las comprensiones de educación en salud que contribuya al fortalecimiento de conocimientos y conductas que favorezcan las condiciones de salud del paciente ambulatorio.

El presente trabajo cuenta con una población compuesta por los pacientes, enfermeros (as) y personal directivo perteneciente al centro médico ambulatorio de la ciudad de Bucaramanga, Colombia. Por otra parte, se tratará de una muestra de sujetos-tipo que “se utiliza en investigaciones de tipo cualitativo, donde el objetivo es la riqueza, profundidad y calidad de la información, no la cantidad ni la estandarización” (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2006) El número de la muestra será de 9 dividido de la siguiente manera 3 pacientes, 3 directivos y 3 enfermeros (as).

7.6. PERFIL DE LOS ENTREVISTADOS

En la selección de los participantes para la realización y aplicación de la entrevista, se tuvieron en cuenta cualidades y habilidades de personas que se desenvuelven dentro del entorno del cuidado que gira alrededor de las personas, el entorno, de la unidad de cuidados postoperatorios.

Dentro de esta unidad se encuentran los pacientes que luego de un procedimiento quirúrgico acorde a su patología se define si es ambulatorio u hospitalizado, al ser ambulatorio juega un papel muy importante la educación en salud dentro de la unidad, antes de enviar el usuario a la casa.

Se escogieron tres pacientes, tres enfermeras y tres coordinadores/directivos que trabajan, dentro de la unidad y que son actores importantes en la gestión y ejecución del proceso de educativo en salud en la unidad de cuidados postoperatorios; además también se escogieron por ser las personas que mayor tiempo han participado en este proceso y han brindado aportes para el mejoramiento.

Los tres pacientes seleccionados debían cumplir los siguientes criterios: ser pacientes de procedimientos ambulatorios que egresaran hacia el hogar, procedimientos que no durarán más de 3 horas, que tuvieran edades entre 20-50 años, que no tuvieran ningún déficit cognitivo y que tuvieran nivel de bachillerato, técnico o pregrado. Se escogieron tres pacientes de procedimiento de herniorrafía, amigdalotomía y resección de tumor benigno en piel.

Las tres enfermeras seleccionadas debían cumplir con los siguientes criterios: enfermeras de la unidad de cuidados postoperatorios, que tuvieran más de cinco años en la unidad postoperatoria, enfermeras con mayor participación en el proceso educativo del paciente, que tuvieran edades entre 20-40 años y que tuvieran nivel de técnico, pregrado y/o postgrado. Se escogió una enfermera profesional y dos auxiliares de enfermería.

Los tres coordinadores/directivos seleccionados debían cumplir con los siguientes requisitos: personal administrativo que tuviera conocimiento sobre el tema de educación en el área de cuidados postoperatorios, que tuvieran más de cinco años en la unidad postoperatoria, que tuvieran edades entre 20-60 años cualquier personal de salud con cargo administrativo y asistencial dentro del área postoperatoria, a la coordinadora de enfermería con 20 años de experiencia, coordinador médico de la unidad de cuidados pos anestésicos con dos años de experiencia y al médico de apoyo de la unidad que lleva seis meses.

8. ENTREVISTA - INSTRUMENTO

8.1. ENTREVISTA PACIENTES

A continuación, se hará una entrevista guiada hacia los pacientes de cirugía, estas preguntas intentan observar el nivel de comprensión del paciente respecto a la educación dada en el pre y en el pos operatorio.

1. ¿Comprende la información que el personal de salud le suministra, para llevar a cabo un adecuado tratamiento en el postoperatorio?

SI.

NO

¿Por qué?

2. ¿Cuáles son las prácticas que el personal de salud le brindo, y le ayudaron a comprender la información sobre el procedimiento relacionado con los cuidados en su post operatorio? ¿Qué valoración les da a estas prácticas?

3. ¿Qué elementos mejoraría de la comunicación e información recibida entre usted y el personal de salud que labora en el área de cirugía?

4. ¿Qué consideraciones tiene usted sobre la educación en salud y cómo podría ayudar a mejorar su proceso como paciente?

8.2. ENTREVISTA A PERSONAL DE ENFERMERÍA

A continuación, se hará una entrevista guiada hacia el personal de enfermería, estas preguntas intentan observar las prácticas en educación en salud que se brinda al paciente y que a su vez utiliza el personal de enfermería en el en pos operatorio.

1. ¿Cuáles considera que son las ventajas y desventajas de la educación en salud para la unidad de cuidados posoperatorios?

2. ¿Qué estrategias de educación en salud utiliza actualmente para mejorar el conocimiento y el empleo que da el paciente ambulatorio a esta información?

3. De acuerdo con su experiencia, ¿Cuáles son sus prácticas desde el campo de la educación en salud en el ámbito de la atención ambulatoria?

4. ¿Qué tipo de mejora encuentra que se podrían implementar desde la educación en salud, en el servicio, desde la atención ambulatoria?

8.3. ENTREVISTA A COORDINADORES Y DIRECTIVOS

A continuación, se hará una entrevista guiada hacia el personal administrativo de cirugía, acerca de su comprensión sobre el tema de educación en salud en el área, cuáles son sus buenas prácticas y como observan ellos la labor del personal.

1. De acuerdo con su experiencia en el campo de la salud ¿Cómo comprende la educación en salud que se da en el área?

2. ¿Cuáles considera que son las buenas prácticas en educación en salud asociadas a esta área?

3. ¿Cómo describiría la labor del personal de salud, (médicos, enfermeros) en el servicio, visto desde la atención que se da al paciente ambulatorio?

4. ¿Considera que existen dificultades para desarrollar prácticas adecuadas de educación en salud en el servicio, desde la atención al paciente ambulatorio?

9. TÉCNICA DE ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de los datos obtenidos de las entrevistas: los clasificaremos de la siguiente manera para una mayor comprensión de las respuestas obtenidas por los trabajadores de la unidad de cuidados postoperatorios, simultáneamente esta información se cruzará con las investigaciones realizadas durante el transcurso de la investigación. El grupo estará conformado por los pacientes que los identificaremos como PCT1, PCT2, PCT3, el siguiente grupo estará conformado por las enfermeras que las identificaremos como ENF1, ENF2, ENF3, por último, a los médicos y administrativos se les identificará con la letra MAD1, MAD2, MAD3

El grupo de los PCT fue un grupo que estuvo muy atento a la hora de realizar la entrevista, son los principales actores en el proceso de educación en salud ya que son los que van a recibir la educación por parte del personal a la hora de egresar de la unidad de cuidados postoperatorios, las respuestas dadas por los PCT muestran el proceso que se está llevando actualmente dentro de la unidad, respecto a su comprensión de educación en salud, (Modolo, 1979) señala entre sus objetivos de la educación en salud que “ La información suministrada debe ser veraz e íntegra, es decir, no debe ser parcial, falsa o deformada” Como lo refiere el PCT1 “La información brindada por el persona fue clara y precisa”, igual a su vez PCT2 apporto “Es importante el cómo se dirigen a nosotros, bajo un lenguaje comprensivo y amables”, PCT3 nos dice “La información es clara, precisa y comprensible, aparte me dieron un folleto”, a pesar de que los pacientes refieren esto, datos mostrados anteriormente en (Clinica Foscal, 2018) considera que un gran número de pacientes reingresaron y presentaron retrasos en su recuperación, por dificultades en el entendimiento de la información. Cabe

resaltar que informar simplemente es dar, mientras que educar es cambiar, incentivar, motivar y construir (Whitehead, 2018) (Marcus, 2014), en donde el paciente entienda cual es la importancia de generar un cambio en su estilo de vida como lo menciona (Promoción de la salud, OMS,2016) “Las personas han de adquirir conocimientos, aptitudes e información que les permitan elegir opciones saludables, por ejemplo, con respecto a su alimentación y a los servicios de salud que necesitan. Tienen que tener la oportunidad de elegir estas opciones y gozar de un entorno en el que puedan demandar nuevas medidas normativas que sigan mejorando su salud.”. Es por eso que el papel de enfermería es inculcar este concepto de promoción a los pacientes para incentivar cambios en sus estilos de vida.

Otro aspecto muy importante que se ve en la práctica, es la entregas de folletos, recordemos que un folleto es una herramienta que nos ayuda a educar al paciente, el folleto no es la educación, como lo refiere (López Méndez & Costa Cabanillas, 2008) “ La finalidad de la implementación de estas técnicas no es tanto que se lleven a cabo para definir comportamiento que el profesional de la salud imponga, sino que es, para facilitar que las personas movilicen sus propios recursos propios recursos y desarrollen capacidades que les permitan tomar decisiones conscientes y autónomas sobre su propia salud. “. evidenciado por PCT1 “Siento que a la hora de entregarme el folleto, encontrare todo lo relacionado sobre mis cuidados”, PCT2 “Fueron claros con la información y me entregaron este folleto”, la mayor herramienta para el proceso educativo en salud que tiene el personal, es la apropiación que ellos tengan sobre el concepto de educación en salud y desde este punto de vista actual, ya no podemos ver la educación en salud como “un instructivo o elemento” como lo refieren (Hernández Sánchez, 2014). Por lo tanto, es importante reconocer a futuro otras estrategias que permitan mejorar estos procesos a futuro.

El grupo de las ENF participó activamente , a pesar de que son pocas las enfermeras que tienen manejo en la unidad de cuidados postoperatorios, encontramos conceptos muy positivos sobre su apropiación del concepto de educación en salud, la resolución 518 del 215 por medio del PIC definen que “educación en salud se basa en un “Proceso de construcción de conocimiento y aprendizaje mediante el diálogo de saberes, orientado al desarrollo y fortalecimiento del potencial y las capacidades de las personas, las familias, las comunidades, las organizaciones y redes para la promoción de la salud individual y colectiva” a este concepto las enfermeras comprenden el concepto relacionado de la siguiente manera, como refiere la ENF1 “la educación del paciente debe estar centrada en sus necesidades, es muy importan identificar los factores de riesgo y potenciar los protectores” al igual la familia hace parte del proceso y se reconoce su participación como lo cita la ENF2 “La familia es el cuidador principal de la persona que egresa del servicio, por lo tanto el dialogo debe ser enfocado en las necesidades su familiar a acorde a sus recursos y posterior a eso, su referenciación a otras redes de apoyo fortalecerán el proceso de recuperación”.

La implementación de estrategias de educación en salud enfocadas en los cuidados postoperatorios según (Viñoles Pérez, 2007), son en proporcionar conocimientos necesarios para ayudar al paciente a la recuperación física y psíquica tras la intervención quirúrgica con el fin de evitar complicaciones, es por eso que la ENF2 de la unidad de cuidados postoperatorios afirma lo siguiente “Me centro primero en tomarme el tiempo necesario y resolver cualquier duda o inquietud que tenga el familiar y el paciente, antes de dejarlos ir a la casa”, la ENF3 “Ya conociendo el manejo que da el Dr. X, me enfoco en esos cuidados específico, para no rebundar en tanta información y ser clara en lo que digo” es así como

elementos estratégicos dentro del cuidado enfocado en el postoperatorio nos demuestra el interés de las enfermeras por garantizar bienestar en la salud de los pacientes.

Pero algo muy preocupante son las prácticas que integran las enfermeras con el paciente en donde la ENF1 nos afirma “cuando tengo demasiado trabajo utilizo los folletos que hay en la clínica” o como refiere la ENF2 “en ocasiones cuando el tiempo no me alcanza me apoyo en los folletos, cuentan toda la información” es importante resaltar que las prácticas que se están llevando a cabo no son las adecuadas ya que esto reduce el propósito de la educación en salud a simples procesos informativos, pero a su vez otras herramientas estratégicas a futuro sería de gran ayuda para mitigar estas malas prácticas como lo refiere la ENF3 “yo creería que sería bueno a futuro implementar otras estrategias diferentes al folleto, que sirvan de gran ayuda para nosotros por la falta de tiempo”, al observar estos datos es muy importante recordar la situaciones que se presentan en el servicio, no es ajeno que debido a la alta demanda de pacientes y el poco personal que se encuentra en el servicio no se permite llevar a cabo buenas prácticas en educación en salud que a futuro desde una intervención administrativa podría mejorar.

El grupo de los MAD fue un grupo muy complejo, muestra falencias que afectan el proceso de educación en salud en la unidad de cuidados postoperatorios, sobre todo mostrando el concepto desde otro punto de vista donde la ley 1751 del 2015, establece que “De ahora en adelante no basta simplemente con atender al paciente desde su patología clínica, sino que se debe garantizar integralidad, a través de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y paliación, desde estos aspectos la educación en salud va a estar siempre presentes, mirándola desde una oportunidad para abordar al paciente desde la promoción hasta la paliación”, muy diferente a como lo

referencia el MED1 “Yo considero que la educación al paciente debe ser vista desde sus cuidados postoperatorios para que su recuperación sea satisfactoria”, al igual que el MED2 afirma “la educación del paciente no puede ser ajena al punto de vista clínico de ahí parten muchos cuidados para el hogar” es así como la parte medica asume el proceso de educación en salud desde un enfoque biomédico y no integral como lo establece la norma. Es así como palabras de la MED3 (Coordinadora de enfermería) respaldan el concepto anteriormente mencionado ya que refiere “Los médicos tienen pobre participación en los procesos educativos del paciente, siendo ellos los principales generadores de información a la hora de que el paciente egresa de la unidad”.

Dentro de las practicas no observamos ningún cambio por parte de los médicos, la practicas sigues enfocadas desde un enfoque biomédico como lo referencia MED1 “Principalmente el cuidado está en el manejo del sangrado y de algún tipo de salida de secreción purulenta”, sin olvidar que todavía se sigue implementando el folleto como parte importante del proceso educativo como lo referencia la MED3 “Contamos con folletos con toda la información para la atención al paciente” retomando nuevamente el concepto de (López Méndez & Costa Cabanillas, 2008) “estas técnicas no pueden ser autoritarias o imponentes para la implementación del concepto de la educación en salud, son de ayuda para facilitar que las personas movilicen sus propios recursos y desarrollen capacidades que les permitan tomar decisiones conscientes y autónomas sobre su propia salud.”

Los entrevistados afirman que mejores estrategias para la implementación del concepto de educación en salud en el área es la creación de programas de educación enfocados en el paciente ambulatorio así como lo refiere el MED1 “Considero que para mejorar falencias en el servicio respecto a la educación, deberían asignar una persona

encargada y experta en el tema” así como mejoras desde lo económico y laboral afirma el MED2 “Si disminuyera la sobrecarga laboral que en ocasiones se evidencia en el servicio y dotaran de más personal, el proceso educativo mejoraría en mejor manera” y por ultimo refuerza la MED3 con lo siguiente “Si los médicos estuviesen más “metidos” en el cuento de educación con el paciente, no estaría sobrecargado este tipo de trabajo al personal de enfermería, si, enfermería es el líder en educación en el servicio, pero otros factores impiden que se den buenas practica”

10. CONCLUSIONES

Las comprensiones sobre educación en salud y demás temática relacionada, nos llevan a concluir que dentro de la unidad de cuidados postoperatorios no se están cumpliendo con aspectos importante que abarca el concepto de educación en salud, esto se relaciona con el compromiso de bienestar que se debe tener con el paciente al egresar de la unidad. Los actores principales dentro del desarrollo de la investigación ven la educación de salud y sus prácticas desde un modelo biomédico no más allá de la patología lo que conlleva a prácticas deficitarias que se limitan a entregar material informativo.

En Colombia, herramientas de educación en salud dirigidas a pacientes ambulatorios en instituciones de alta complejidad son muy pobres o casi nulas, por lo tanto, aunque en este trabajo no llegamos al desarrollo de estrategias didácticas en salud es posible que a futuro la institución implemente o pueda llegar a implementar estrategias didácticas.

Con las entrevistas podemos concluir, que los pacientes se sienten satisfechos con la información brindada al egresar de la unidad, destacan la claridad en el proceso y el trabajo del personal, aunque, en la observación de campo al inicio del trabajo resalta un gran porcentaje de reingresos en la unidad de cuidados posoperatorios, evidenciado por problemas en el entendimiento de la información dada por el personal, afectando el bienestar e integridad como paciente. La necesidad de pasar de información a hablar de educación en salud, puede resolver problemas en la prestación de servicios, ya que se está evidenciadas debilidades en la unidad, como re-agendamientos de cirugías, aumento de las infecciones y mayor tiempo de recuperación, entre otras.

El personal de enfermería utiliza estrategias centradas en las necesidades del paciente, como se ha descrito sobre la educación centrada en la persona, en donde habilidades y destrezas, influyen dentro del proceso de educación y aprendizaje, a si es con el paciente, dependiendo a su patología, recuperación postoperatoria y capacidades físicas, se brinda educación en la unidad de cuidados postoperatorios. Pero, aunque las enfermeras comprendan el concepto de educación en salud, las prácticas que se están llevando a cabo no son las adecuadas, reducen los propósitos de educación en salud a procesos informativos, lo que lleva a la realización de prácticas deficientes con los pacientes.

La siguiente afirmación parte de un punto de vista clínico en donde los trabajadores de la unidad de cuidados postoperatorios afirman que los pacientes que se les realizan procedimientos ambulatorios bajos anestesia general (se duermen todo), durante su periodo de recuperación por lo general, se encuentran bajo efectos residuales de dicha anestesia en donde su mayoría se encuentran con nauseas, vomito, dolor y frio, lo que al final del egreso se representa en dificultades a la hora de educar al paciente, muy distinto al paciente que se encuentra bajos efectos de anestesia raquídea (se duermen de la cintura para abajo o solo una extremidad), donde refieren los trabajadores que hay mayor atención por parte de los pacientes.

Los médicos y administrativos ven el manejo educativo del paciente desde un punto de vista biomédico, esto en cierta manera afecta los procesos educativos dentro del área y otros factores como los económicos y laborales, condicionan más los procesos dentro de la unidad de cuidados posanestésicos.

Enfermería es el personal de salud que mayor interviene con los usuarios, medicina tiene una pobre adherencia a los procesos educativos, afirmando que ellos son los principales generadores de información para el seguimiento que se le da en casa a los pacientes.

A futuro se podría implementar un programa de educación indicado solo en el paciente postquirúrgico, puede ser la clave para mitigar factores como tiempo y falta de personal, lo que ayudara a que la atención que se le brinde al paciente sea la correcta y se tengan herramientas para combatir las consecuencias que pueda llevar una mala desinformación (reingresos, infecciones) y optimizar de mejor manera su tiempo enfocándose a si en su bienestar, como lo emplean varios conceptos de educación en salud

BIBLIOGRAFÍA

- Hernández Sánchez, J. (2014). *LA RUTA DE LA EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LA SALUD. Orientaciones para su aplicación estratégica*. Bucaramanga: Proinapsa.
- Bernstein, B. (2000). *HACIA UNA SOCIOLOGÍA DEL DISCURSO PEDAGÓGICO*. Bogota: Magisterio.
- Bourdieu, P., & Passeron, J.-C. (1996). *La Reproducción elementos para una teoría del sistema de enseñanza*. Mexico: Laica S.A.
- Campbell, F., Goldman, B., Boccia, M. L., & Skinner, M. (2004). Patient Education and Counseling. *The effect of format modifications and reading comprehension on recall of informed consent information by low-income parents: a comparison of print, video, and computer-based presentations*, 205-216.
- Castellano Barca, G. (2002). Educación para la salud Fundamentos y justificación. *XVI CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA EXTRAHOSPITALARIA Y ATENCIÓN PRIMARIA*. (págs. 41-43). Palma: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria.
- Chan, M. (2010). *Cumbre sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Intervención en la segunda mesa redonda, sobre la consecución de los objetivos relacionados con la salud y la educación*. Nueva York: Organización mundial de la salud.
- Clement, S., Ibrahim, S., Nicola, C., Michael, W., & Gillian, R. (2009). Complex interventions to improve the health of people with limited literacy: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 340-351.
- Clinica Foscal. (2018). *Informe estadístico de reingresos en cirugía presentado entre los periodos de marzo, abril, mayo y junio*. Bucaramanga: Clínica Foscal.
- Coulter, A., & Ellins, J. (2006). *Patient-focused interventions A review of the evidence*. London: The Health Foundation .
- Davis, F., & Olesen, V. L. (1963). Initiation Into a Women's Profession: Identity Problems in the Status Transition of Coed to Student Nurse. *Sociometry*, 89-101.
- DE LA CUESTA, C. (2000). Investigación Cualitativa y Enfermería. *INDEX DE ENFERMERÍA*, 7-8.
- Departamento de Enseñanza, Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat De Cataluña. (1986). *Educación para la salud en la escuela: orientaciones y programas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

- Díaz Brito, Y., Pérez Rivero, J. L., Báez Pupo, F., & Conde Martín, M. (2012). Generalidades sobre promoción y educación para la salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*.
- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., & Varela-Ruiz, M. (2013). *La entrevista, recurso flexible y dinámico*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Diehl, L. A., Souza, R. M., Gordan, P. A., Esteves, R. Z., & Meister Coelho, I. C. (2017). InsuOnline, an Electronic Game for Medical Education on Insulin Therapy: A Randomized Controlled Trial With Primary Care Physicians. *J Med Internet Res*, 19(3):e72.
- Elbert, S. P., Dijkstra, A., & Oenema, A. (2016). A Mobile Phone App Intervention Targeting Fruit and Vegetable Consumption: The Efficacy of Textual and Auditory Tailored Health Information Tested in a Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res*, 10-18.
- Folgueiras Bertomeu, P. (2016). *La entrevista*. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Greene, J., Peters, E., Mertz, C., & Hibbard, J. (2008). Comprehension and choice of a consumer-directed health plan: an experimental study. *The American Journal of Managed Care*, 369-376.
- HENDERSON, V. (1961). *PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA**. Connecticut: CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de investigacion*. Mexico: Mc Grae Hill.
- Hornqvist, M.-E. T., Nordsteien, A., Fermann, T., & Severinsson, E. (2018). Strategies for teaching evidence-based practice in nursing education: a thematic literature review. *BMC medical education*, 18,172.
- Hospital General Universitario Gregorio Marañón. (2012). *Cuidados postoperatorios en la unidad de hospitalización*. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
- Jorge, M. (2011). Metodos de Investigacion Cualitativa. *Silogismo*, 7-9.
- Lagoueyte Gómez, M. I. (2015). El cuidado de enfermería a los grupos humanos. *Revista Salud UIS*, 209-213.
- León, A. (20 de Abril de 2019). *SciELO*. (Educere, Editor) Obtenido de SciELO: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-49102007000400003&lng=es&tlng=es.
- Leon, E., Fuentes, L., & Cohen, J. (2014). Characterizing Periodic Messaging Interventions Across Health Behaviors and Media: Systematic Review. *J Med Internet Res*, 16(3): e93.

- López Estrada, R., & Deslauriers, J.-P. (2001). *La entrevista cualitativa como técnica*. Margen.
- López Méndez , E., & Costa Cabanillas, M. (2008). *Educación para la salud*. Piramide.
- Marcus, C. (2014). Strategies for improving the quality of verbal patient and family education: a review of the literature and creation of the EDUCATE model. *Health Psychol Behav Med.*, 482–495.
- Ministerio de Educación Nacional. (2007). *Investigación de los Saberes Pedagógicos*. Bogota: Ministerio de Educación Nacional.
- Modolo, M. A. (1979). Educación Sanitaria, comportamiento. *Il pensiero scientifico*, 39-58.
- Muñoz , A., & Nicanor , A. (2011). El estudio exploratorio. Mi aproximación al mundo de la investigación cualitativa. *Investigación y Educación en Enfermería*, 492-499.
- OMS OPS . (2017). *Educación para la salud con enfoque integral*. Bucaramanga: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (1948). Conferencia Sanitaria Internacional. *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Nueva York: OMS.
- Patton, M. (2002). *Qualitative Research Evaluation Methods*. EEUU: Sage Publications, Inc.
- Peters, E., Dieckmann, N., Dixon, A., Hibbard, J., & Mertz, C. (2007). Less Is More in Presenting Quality Information to Consumers. *Medical Care Research and Review: MCRR*, 167-190.
- Ricart, A., Isanta, D. P., Iruela, O., Estrada, D., & Borbón, M. C. (2002). *Cirugía ambulatoria*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- Rice, M. (1985). *Educación En Salud, Cambio De Comportamiento, Tecnologías De Comunicación Y Materiales Educativos*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Rosa, J. P. (1998). *ELEMENTOS BÁSICOS PARA LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA*. La Habana.
- Sandoval Casilimas, C. (2002). *Investigación cualitativa*. Bogota: ARFO Editores e Impresores Ltda.
- Santo, A., Laizner, A., & Shohet, L. (2005). Exploring the value of audiotapes for health literacy: a systematic review. *Patient Education and Counseling*, 235-243.
- Strauss, A. (1978). *Negotiations: Varieties, Contexts, Processes, and Social Order*. Jossey-Bass Inc Pub.
- Swanson, J., & Chenitz, W. (1982). Why Qualitative Research in Nursing? *Nursing Outlook*, 241-245.

- Turner, B. (1999). Profesiones, conocimiento y poder. *Lecturas básicas en sociología de la medicina*, 187-222.
- Universidad de Cantabria. (15 de 08 de 2019). *opencourseware*. Obtenido de Tema 2. La Educación para la Salud: <https://ocw.unican.es/mod/page/view.php?id=491#5>
- van Teijlingen , E., & Hundley, V. (2002). The importance of pilot studies. *Nurs Stand*, 33-36.
- Verdaguer, S., Mateo, K. F., Wyka, K., Dennis-Tiwary, T. A., & Leung, M. M. (2018). A Web-Based Interactive Tool to Reduce Childhood Obesity Risk in Urban Minority Youth: Usability Testing Study. *JMIR Formative Research*, 2(2):e21.
- Viñoles Pérez, J. (2007). *Control de calidad postoperatoria en cirugía ambulatoria*. Valencia: Universitat de València. Departament de Cirurgia.
- Von Wright, G. H. (1979). *Explicación y comprensión*. Madrid: Alianza.
- Whitehead, D. (2018). Exploring health promotion and health education in nursing. *Nursing standard: official newspaper of the Royal College of Nursing*, 38-42.

ANEXOS



UNIVERSIDAD PEDAGOGICA
NACIONAL

Facultad de Educación

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCIÓN Y MANEJO DE DATOS

Nombres y apellidos completos: _____

Edad: ____ Sexo: ____ N.º de documento de identidad: _____

Profesión: _____ Servicio: _____

Yo _____
identificado(a) con cédula de ciudadanía número _____ de la ciudad
de _____ acepto participar de manera voluntaria del proceso de
recolección de datos para el proyecto "COMPRENSIONES DE EDUCACION EN SALUD
EN LA UNIDAD POSTOPERATORIA DE UNA INSTITUCION DE CUARTO NIVEL DE
SALUD EN BUCARAMANGA, SANTANDER" en mención, realizado por: JOHAN ELIECER
FERRER PLATA.

Accedo a participar y me comprometo a responder todas las preguntas que se me hagan
de la forma más honesta posible y participar en caso de ser requerido en actividades propias
del proceso. Igualmente autorizo a que los datos que se obtengan sean utilizados
solamente para fines investigativos de la Universidad Pedagógica Nacional (UPN).

Expresó que el (los) encargado(s) me han) explicado con antelación el objetivo y alcance
de dicho proceso.

Firma: _____

Nº de documento: _____



UNIVERSIDAD PEDAGOGICA
NACIONAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCIÓN Y MANEJO DE DATOS

Nombres y apellidos completos: Maricela Velanda Salazar

Edad: 50 Sexo: F N.º de documento de identidad: 63'345.092

Profesión: paciente Servicio: Cirugía

Yo Maricela Velanda Salazar
identificado(a) con cédula de ciudadanía número 63.345.092 de la
ciudad de Bucaramanga, acepto participar de manera voluntaria del
proceso de recolección de datos para el proyecto "COMPRENSIONES DE EDUCACION
EN SALUD EN LA UNIDAD POSTOPERATORIA DE UNA INSTITUCION DE CUARTO
NIVEL DE SALUD EN BUCARAMANGA, SANTANDER" en mención, realizado por:
JOHAN ELIECER FERRER PLATA.

Accedo a participar y me comprometo a responder todas las preguntas que se me hagan
de la forma más honesta posible y participar en caso de ser requerido en actividades
propias del proceso. Igualmente autorizo a que los datos que se obtengan sean utilizados
solamente para fines investigativos de la Universidad Pedagógica Nacional (UPN).

Expresó que el (los) encargado(s) me han) explicado con antelación el objetivo y alcance
de dicho proceso.

Firma: Maricela Velanda S.

Nº de documento: 63'345.092 B/gc



UNIVERSIDAD PEDAGOGICA
NACIONAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCIÓN Y MANEJO DE DATOS

Nombres y apellidos completos: Catalina Villamizar Mantilla

Edad: 29 Sexo: F N.º de documento de identidad: 1.102.363.081 pta

Profesión: Paciente Servicio: Cirugía

Yo Catalina Villamizar Mantilla
identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1.102.363.081 de la
ciudad de Abeduzzerto, acepto participar de manera voluntaria del
proceso de recolección de datos para el proyecto "COMPRENSIONES DE EDUCACION
EN SALUD EN LA UNIDAD POSTOPERATORIA DE UNA INSTITUCION DE CUARTO
NIVEL DE SALUD EN BUCARAMANGA, SANTANDER" en mención, realizado por:
JOHAN ELIECER FERRER PLATA.

Accedo a participar y me comprometo a responder todas las preguntas que se me hagan
de la forma más honesta posible y participar en caso de ser requerido en actividades
propias del proceso. Igualmente autorizo a que los datos que se obtengan sean utilizados
solamente para fines investigativos de la Universidad Pedagógica Nacional (UPN).

Expresó que el (los) encargado(s) me han) explicado con antelación el objetivo y alcance
de dicho proceso.

Firma: Catalina Villamizar

Nº de documento: 1.102.363.081 pta.



UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCIÓN Y MANEJO DE DATOS

Nombres y apellidos completos: Mayela Nadezza Uega Mendoza
 Edad: 30 Sexo: F N° de documento de identidad: 1065881030
 Profesión: Paciente Servicio: Emergia

Yo Mayela Nadezza Uega Mendoza identificada(a) con cédula de ciudadanía número 1065881030 de la ciudad de Aguachica acepto participar de manera voluntaria del proceso de recolección de datos para el proyecto "COMPRENSIONES DE EDUCACION EN SALUD EN LA UNIDAD POSTOPERATORIA DE UNA INSTITUCION DE CUARTO NIVEL DE SALUD EN BUCARAMANGA, SANTANDER" en mención realizado por JOHAN ELIECER FERRER PLATA

Accedo a participar y me comprometo a responder todas las preguntas que se me hagan de la forma más honesta posible y participar en caso de ser requerido en actividades propias del proceso. Igualmente autorizo a que los datos que se obtengan sean utilizados solamente para fines investigativos de la Universidad Pedagógica Nacional (UPN).

Expreso que el (los) encargado(s) me han explicado con antelación el objetivo y alcance de dicho proceso.

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL

Firma: Mayela Nadezza Uega Mendoza

N° de documento: 1065881030 Aguachica Cesar



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCIÓN Y MANEJO DE DATOS

Nombres y apellidos completos: Laura Natali Florez Romero

Edad: 37 Sexo: F N.º de documento de identidad: 63529177

Profesión: Enfermera Servicio: Cirugía
Enfermera de Unidad de Cuidados Postoperatorios

Yo Laura Natali Florez Romero
identificado(a) con cédula de ciudadanía número 63529177 de la
ciudad de Bucaramanga, acepto participar de manera voluntaria del
proceso de recolección de datos para el proyecto "COMPRENSIONES DE EDUCACION
EN SALUD EN LA UNIDAD POSTOPERATORIA DE UNA INSTITUCION DE CUARTO
NIVEL DE SALUD EN BUCARAMANGA, SANTANDER" en mención, realizado por:
JOHAN ELIECER FERRER PLATA.

Accedo a participar y me comprometo a responder todas las preguntas que se me hagan
de la forma más honesta posible y participar en caso de ser requerido en actividades
propias del proceso. Igualmente autorizo a que los datos que se obtengan sean utilizados
solamente para fines investigativos de la Universidad Pedagógica Nacional (UPN).

Expresó que el (los) encargado(s) me han) explicado con antelación el objetivo y alcance
de dicho proceso.

Firma: Laura Florez

Nº de documento: 63529177 Bucamanga



UNIVERSIDAD PEDAGOGICA
NACIONAL
Escuela de Posgrado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCIÓN Y MANEJO DE DATOS

Nombres y apellidos completos: Andrea Patricia Mendoza Tarazona
 Edad: 32 Sexo: F N.º de documento de identidad: 1098644572
 Profesión: Auxiliar de enfermería Servicio: cirugía
de unidad en cuidados post operatorios

Yo Andrea Patricia Mendoza Tarazona
 identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1098644572 de la
 ciudad de Bucaramanga acepto participar de manera voluntaria del
 proceso de recolección de datos para el proyecto "COMPRENSIONES DE EDUCACION
 EN SALUD EN LA UNIDAD POSTOPERATORIA DE UNA INSTITUCION DE CUARTO
 NIVEL DE SALUD EN BUCARAMANGA, SANTANDER" en mención, realizado por:
 JOHAN ELIECER FERRER PLATA.

Accedo a participar y me comprometo a responder todas las preguntas que se me hagan
 de la forma más honesta posible y participar en caso de ser requerido en actividades
 propias del proceso. Igualmente autorizo a que los datos que se obtengan sean utilizados
 solamente para fines investigativos de la Universidad Pedagógica Nacional (UPN).

Expresó que el (los) encargado(s) me han explicado con antelación el objetivo y alcance
 de dicho proceso.

**UNIVERSIDAD PEDAGOGICA
NACIONAL**

Firma: ANDREA P. MENDOZA

Nº de documento: 1098644572



UNIVERSIDAD PEDAGOGICA
NACIONAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCIÓN Y MANEJO DE DATOS

Nombres y apellidos completos: Elieth Traslavina Herreño


Edad: 35 Sexo: F N.º de documento de identidad: 28216474

Profesión: Asesora de enfermería de Servicio: quirúrgica
unidad en cuidados postoperatorios.

Yo Elieth Traslavina Herreño
identificado(a) con cédula de ciudadanía número 28216474 de la
ciudad de Landazuri, acepto participar de manera voluntaria del
proceso de recolección de datos para el proyecto "COMPRENSIONES DE EDUCACION
EN SALUD EN LA UNIDAD POSTOPERATORIA DE UNA INSTITUCION DE CUARTO
NIVEL DE SALUD EN BUCARAMANGA, SANTANDER" en mención, realizado por:
JOHAN ELIECER FERRER PLATA.

Accedo a participar y me comprometo a responder todas las preguntas que se me hagan
de la forma más honesta posible y participar en caso de ser requerido en actividades
propias del proceso. Igualmente autorizo a que los datos que se obtengan sean utilizados
solamente para fines investigativos de la Universidad Pedagógica Nacional (UPN).

Expresó que el (los) encargado(s) me han) explicado con antelación el objetivo y alcance
de dicho proceso.

Firma: 

Nº de documento: 28216474



UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA
NACIONAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCIÓN Y MANEJO DE DATOS

Nombres y apellidos completos: Fernando Guerrero Durán
Edad: 26 Sexo: M N.º de documento de identidad: 1126002596
Profesión: Medico de Apoyo Servicio: Cirujía
Unidad de cuidados post

Yo Fernando Guerrero Durán
identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1126002596 de la
ciudad de Cundinamarca, acepto participar de manera voluntaria del
proceso de recolección de datos para el proyecto "COMPRENSIONES DE EDUCACION
EN SALUD EN LA UNIDAD POSTOPERATORIA DE UNA INSTITUCION DE CUARTO
NIVEL DE SALUD EN BUCARAMANGA, SANTANDER" en mención, realizado por:
JOHAN ELIECER FERRER PLATA.

Accedo a participar y me comprometo a responder todas las preguntas que se me hagan
de la forma más honesta posible y participar en caso de ser requerido en actividades
propias del proceso. Igualmente autorizo a que los datos que se obtengan sean utilizados
solamente para fines investigativos de la Universidad Pedagógica Nacional (UPN).

Expresó que el (los) encargado(s) me han) explicado con antelación el objetivo y alcance
de dicho proceso.

Firma: 

Nº de documento: 1126002596



UNIVERSIDAD PEDAGOGICA
NACIONAL
Educando Investigadores

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCIÓN Y MANEJO DE DATOS

Nombres y apellidos completos: Gabriel Fernando Padilla Rincon
 Edad: 26 Sexo: M. N.º de documento de identidad: 1092739028
 Profesión: Cordinador Medico Refusocun Servicio: CINQUE - CAL

Yo Gabriel Fernando Padilla Rincon identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1092739028 de la ciudad de Bucaramanga acepto participar de manera voluntaria del proceso de recolección de datos para el proyecto "COMPRENSIONES DE EDUCACION EN SALUD EN LA UNIDAD POSTOPERATORIA DE UNA INSTITUCION DE CUARTO NIVEL DE SALUD EN BUCARAMANGA, SANTANDER" en mención, realizado por JOHAN ELIECER FERRER PLATA.

Accedo a participar y me comprometo a responder todas las preguntas que se me hagan de la forma más honesta posible y participar en caso de ser requerido en actividades propias del proceso. Igualmente autorizo a que los datos que se obtengan sean utilizados solamente para fines investigativos de la Universidad Pedagógica Nacional (UPN).

Expresó que el (los) encargado(s) me han explicado con antelación el objetivo y alcance de dicho proceso.

UNIVERSIDAD PEDAGOGICA NACIONAL

Firma: _____

Nº de documento: 1008239028



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCIÓN Y MANEJO DE DATOS

Nombres y apellidos completos: Ruth Helena Acosta Díaz
Edad: 58 Sexo: F N.º de documento de identidad: 28149365,
Profesión: Cariólogo Enferm. Servicio: CV BAH.

Yo Ruth Helena Acosta Díaz
identificado(a) con cédula de ciudadanía número 28149365, de la ciudad de Sivón, acepto participar de manera voluntaria del proceso de recolección de datos para el proyecto "COMPRENSIONES DE EDUCACION EN SALUD EN LA UNIDAD POSTOPERATORIA DE UNA INSTITUCION DE CUARTO NIVEL DE SALUD EN BUCARAMANGA, SANTANDER" en mención, realizado por: JOHAN ELIECER FERRER PLATA.

Accedo a participar y me comprometo a responder todas las preguntas que se me hagan de la forma más honesta posible y participar en caso de ser requerido en actividades propias del proceso. Igualmente autorizo a que los datos que se obtengan sean utilizados solamente para fines investigativos de la Universidad Pedagógica Nacional (UPN).

Expresó que el (los) encargado(s) me han) explicado con antelación el objetivo y alcance de dicho proceso.

Firma: Ruth Helena Acosta Díaz

Nº de documento: 28149365 Sivón