

PERCEPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN
UN GRUPO DE PERSONAS QUE ASISTEN A PROGRAMAS DE PROMOCIÓN
DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR
BOGOTÁ, D. C., NOVIEMBRE A DICIEMBRE DE 2009

CAROLINA HUERTAS PEDRAZA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
ÉNFASIS EN CUIDADO PARA LA SALUD CARDIOVASCULAR
BOGOTÁ D. C.

2011

PERCEPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN
UN GRUPO DE PERSONAS QUE ASISTEN A PROGRAMAS DE PROMOCIÓN
DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR
BOGOTÁ, D. C., NOVIEMBRE A DICIEMBRE DE 2009

CAROLINA HUERTAS PEDRAZA

Tesis presentada como requisito para optar al título en
Maestría en Enfermería

Asesora
EVELYN VÁSQUEZ MENDOZA
Magíster en Educación

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
ÉNFASIS EN CUIDADO PARA LA SALUD CARDIOVASCULAR
BOGOTÁ D. C.

2011

RESUMEN

El presente estudio surgió de la necesidad de la investigadora por plantear desde “otras perspectivas”; las de los individuos objetos de las acciones; de los programas de educación para el cuidado de la salud cardiovascular, cuales son en general la o las motivaciones hacia el inicio de cambios de hábitos que les permitan mantener y propiciar niveles óptimos para su salud cardiovascular, así como determinar si el proceso que se realiza para ello desde este tipo de actividades en el rol que corresponde al cuidado de enfermería, es acorde a las expectativas y necesidades de los individuos o comunidades objeto de ello y conocer cuánto la tradición, el contexto y los conocimientos influyen en la asunción y responsabilidad del comportamiento y control de las acciones encaminadas al cuidado de la salud.

Con lo cual el **objetivo** planteado para este estudio fue: describir las percepciones de las actividades de educación para la salud como parte del cuidado de enfermería, en un grupo de personas asistentes a programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad cardiovascular, en la ciudad de Bogotá, D. C., de Noviembre a Diciembre de 2009. El desarrollo de **la metodología** que siguió esta investigación comprende un estudio cualitativo, descriptivo interpretativo de los datos ofrecidos en entrevista semi-estructurada, realizada con 14 participantes de una IPS de Bogotá; para analizar la información, se usó el método de Colaizzi, el cual permitió interpretar los hallazgos y obtener la agrupación de 16 categorías que describen la percepción del fenómeno en estudio.

Palabras Clave: Percepción, Educación, Enfermería, Hábitos de vida Programas de educación para la salud, Asistentes a actividades de educación para la salud cardiovascular.

ABSTRACT

This study was developed by the needs of the investigator to propose from “other perspectives”, those generated by the individuals subject to the actions; and the education programs for the cardiovascular health care; what is the motivation or motivations to initiate changes in the habits that allow to maintain and produce optimum levels for the cardiovascular health care, as well as identify if the processes developed for this cardiovascular health care, from this type of activities in the role assigned to the nursery care, is aligned to the expectations and needs of the individuals or communities subject to this matter and to know if the tradition, context, and knowledge have an influence in the presumption and responsibility of the behavior and control of the actions related to the health care.

Having said that, the objective proposed for this study was: to describe the perceptions of the health education activities as part of the nursery care, in a group of persons who assist to health care programs and prevention of cardiovascular disease in Bogota during November and December of 2009.

The methodology followed by this investigation is composed by a qualitative, interpretative descriptive study from data offered by semi structured interview, developed with 14 individuals of an IPS in Bogotá; in order to analyze the information, the Colazzi method was used, this method allowed the interpretation of findings and to get the consolidation of 16 categories which describes the perception of the phenomenon under study.

Keywords: Perception, Education, Nursery, life habits, Health care programs, Attendants to activities of cardiovascular health care education.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	10
1. MARCO REFERENCIAL	13
1.1 TEMA	13
1.2 ÁREA PROBLEMÁTICA	13
1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	23
1.4 OBJETIVO GENERAL	23
1.4.1 Objetivo Especifico	23
1.5 JUSTIFICACIÓN	24
1.6 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS	27
2. MARCO CONCEPTUAL	29
2.1. EDUCACIÓN	29
2.2 CONSTRUCTIVISMO	31
2.3 APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO	35
2.4 EDUCACIÓN PARA LA SALUD	42
2.5 ENSEÑANZA Y PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	49
2.6 PERCEPCIÓN	51
3. MARCO DE DISEÑO	57
3.1 TIPO DE ESTUDIO	57
3.2 MUESTRA	59
3.3 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	60
3.3.1 Inmersión en la información	61
3.4 INSTRUMENTO	62

3.4.1 Formato de entrevista semi-estructurada	64
3.5 VALIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN	65
3.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS	67
3.6.1 Limitaciones	70
4. MARCO DE ANÁLISIS Y RESULTADOS	72
4.1 PROCEDIMIENTO	72
4.2 ANÁLISIS	73
4.3 RESULTADOS	74
4.3.1 Surgimiento de categorías	75
4.3.2 Descripción de la percepción de las actividades de educación Para la salud por un grupo de personas asistentes a programas de Promoción de la salud y prevención de la enfermedad cardiovascular	76
5. CONCLUSIONES	101
6. RECOMENDACIONES	105
BIBLIOGRAFÍA	107
ANEXOS	114

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO A. FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO	116
ANEXO B. CRONOGRAMA DE TRABAJO	132
ANEXO C. APROXIMACIÓN DE COSTOS	133
ANEXO D. CARTA DE SOLICITUD DE PERMISOS PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACION	135
ANEXO E. CARTA DE SOLICITUD DE PERMISOS PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	134

INTRODUCCIÓN

La investigación alrededor de las percepciones de las actividades de educación para la salud en un grupo de personas que asisten a programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad cardiovascular, realizado en Bogotá, D. C., en el periodo de Noviembre a Diciembre de 2009; surge de la preocupación de la investigadora por identificar a partir de las personas que reciben la acción educativa en las diferentes actividades de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad cardiovascular, las posibles deficiencias de éstas, así como las razones por las cuales no se logra la obtención de resultados que demuestren el impacto de las mismas, a través del cambio de hábitos no saludables, a pesar de las innumerables actividades que se realizan para propiciarlo especialmente por enfermería; siendo por el contrario evidente el aumento en la incidencia de las enfermedades cardiovasculares susceptibles de prevenir o de lograr la disminución de sus consecuencias con la adopción de prácticas saludables para la población en general.

La Investigación se describe en seis capítulos; el primero, el Marco Referencial muestra la relevancia de esta problemática de salud a nivel macro, para luego observarse en dos países pares de Latinoamérica y pasar a los datos y cifras generales para Colombia, particularmente en Bogotá, D. C., llegando a analizar la misma incidencia en datos ofrecidos por trabajos de algunas localidades de la ciudad, esto conjugado con la experiencia vivida por la investigadora.

El segundo capítulo hace referencia a la definición de conceptos que para ésta investigación parte del sentido e importancia del tema de la educación enfocada en el seguimiento de la corriente constructivista de la que se profundizó en el aprendizaje significativo con la finalidad de dar orientación y fundamentación a las acciones educativas de la profesión de enfermería, donde igualmente se tomaron

como conceptos mayores el de la educación para la salud, el proceso de atención y enseñanza en enfermería, todo ello relacionado y en concordancia con la idea de conceptualizar para conocer acerca del tema de las percepciones abordado desde diferentes posturas y autores que enriquecieron la mirada de análisis.

El capítulo tercero muestra el diseño metodológico empleado, describiendo el tipo de estudio que para esta investigación corresponde a un abordaje cualitativo, descriptivo interpretativo y cuyo análisis se realizó bajo la metodología de Colaizzi, el cual describe en detalle los aspectos relacionados con la determinación de la muestra, las técnicas de recolección de la información, procedimiento y recolección de datos, además de las consideraciones en cuanto a su validez, aspectos éticos y limitaciones del estudio.

El capítulo cuarto contempla el análisis de los datos y sus resultados, se describen en detalle las 16 categorías emergentes de esta investigación, contrastadas con la literatura anteriormente descrita y otras investigaciones relacionadas con la temática.

Finalmente, en los capítulos quinto y sexto, se encuentran las conclusiones dentro de las cuales se presentan, entre otras, qué se encontró en la realización de las actividades de educación en salud, continúa prevaleciendo una imagen en la relación enfermero-paciente de imposición y restricción, lo que no permite una influencia efectiva de éste hacia el cambio de hábitos poco saludables en el asistente a estas actividades. Lo cual en gran parte conlleva a que en la mayoría de las personas participantes en la investigación, se presenten actitudes pasivas y con baja capacidad de compromiso respecto de su auto-cuidado.

Así mismo, se presentan recomendaciones para los participantes de la investigación, donde se sugiere, entre otras, que la planeación y ejecución de las

actividades de educación para la salud, sea un área con mayor profundización e investigación, desde los niveles de pregrado en la formación profesional, para así aportar realmente al mejoramiento de la calidad de estas actividades y por ende el cuidado enfermero que se brinda desde el rol de educador.

Con lo anterior, se espera aportar elementos que permitan a los profesionales de enfermería, el mejoramiento y apoyo para alcanzar el éxito en sus intervenciones durante las actividades ejecutadas en su rol educador para la prevención de la enfermedad cardiovascular.

1. MARCO REFERENCIAL

1.1 TEMA

Percepción de las actividades de educación para la salud en un grupo de personas que asisten a programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad cardiovascular

1.2 ÁREA PROBLEMÁTICA

De acuerdo con los datos ofrecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹, se revela a la enfermedad cardiovascular como la primera causa de morbilidad y mortalidad en los países desarrollados, y en segundo lugar para los demás países en el mundo; situación que se observa al revisar las cifras para cada periodo reportado en los últimos años, no solo se repite, sino que continua en aumento. De la misma manera la carta europea sobre la salud cardiovascular², indica que estas enfermedades son responsables de casi la mitad de las muertes en Europa, causando mas de 4.35 millones de muertes al año en los 52 estados miembros de la Región Europea de la OMS y más de 1.9 millones de muertes en la Unión Europea, siendo igualmente relacionada en este documento, la enfermedad cardiovascular como primera dentro de las principales causas de muerte, invalidez y disminución en la calidad de vida para la población en general.

La revisión de las estadísticas sobre la enfermedad cardiovascular en países pares para Colombia, se encontró que en estos, se puede hablar en general de

¹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - OMS. Enfermedades cardiovasculares. Nota informativa. Septiembre de 2009. Disponible en Internet en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/print.html>.

² SOCIEDAD EUROPEA DE CARDIOLOGÍA Y OTROS. Carta europea sobre la salud cardiovascular. Luxemburgo, junio de 2006. Disponible en Internet en: <http://www.heartcharter.org/download/Spanish.pdf>.

una situación similar a los datos anteriormente expuestos, muestra de ello se encuentra en el informe anual de estadísticas vitales que presenta el departamento de salud de Puerto Rico³, donde se identifica a las enfermedades del corazón como la principal causa de muerte en este país, registrando para el año 2006 un total 5.866 casos de muerte asociados a enfermedades del corazón, en una población de 3.927.776 habitantes. De igual manera en México, según informe de Lozano y Soliz⁴ para la dirección general de información en salud, del total de muertes registradas para el año 2007, se evidencia dentro de las principales causas de muerte en las mujeres en un 43.8% la cardiopatía isquémica, en un 26.3% la enfermedad cerebro vascular y en un 14.3% la cardiopatía hipertensiva, así mismo, en los hombres se observan estas mismas enfermedades en los porcentajes de 56.2%, 24.5% y 10.4% respectivamente; dentro de este documento al igual que para la Unión Europea se relaciona también, a la enfermedad cardiovascular en la lista de las principales causas de años de vida saludables perdidos para la población en general.

No se evidencia en Colombia una situación muy diferente, ya que según el Informe sobre la situación de la salud en el año 2007 del Ministerio de la Protección Social⁵, “la enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte tanto para hombres como para las mujeres de 45 años o más, e incluso supera las muertes violentas o por cánceres combinados”, datos que se encuentran reafirmados en las cifras presentadas por las secretarías de salud departamentales de Antioquia y Santander⁶, ya que en sus informes presentan a la enfermedad cardiovascular como el principal diagnóstico de morbilidad y mortalidad para cada departamento en el año 2006. Este panorama

³ Informe Anual de Estadísticas Vitales de Puerto Rico, 2006. Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, San Juan, Puerto Rico.

⁴ LOZANO A., Rafael y SOLIZ, Patricia Nilda. Indicadores de salud para el monitoreo de políticas públicas. VIII Encuentro Internacional de Estadísticas de Género para Políticas Públicas. Dirección general de información en salud. Subsecretaría de Innovación y calidad. México: Septiembre 2007.

⁵ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Informe anual del Año 2007.

⁶ GOBERNACION DEPARTAMENTAL. Informe de estadísticas departamentales. 2005

igualmente se encuentra en artículos de revisión del Distrito Capital, como el presentado por Fajardo⁷ en la localidad de Los Mártires, titulado “Prevalencia de los factores de riesgo en la localidad de Los Mártires”, donde se muestra, cómo la incidencia de las enfermedades cardiovasculares para esta población, es cada vez mayor.

Investigaciones de la Sociedad Colombiana de Cardiología⁸ señalan que en la población se identifica déficit de estilos de vida saludables, y por el contrario los hábitos existentes como lo son: el sedentarismo, el consumo excesivo de alcohol y tabaco y el predominio del estrés en el desarrollo de la vida diaria, entre otros, predisponen a sufrir de enfermedades cardiovasculares. Reitera, además, el estudio de la Sociedad Colombiana de Cardiología que las enfermedades de origen cardiovascular se encuentran entre las principales causas de muerte en el país, ya que el 51% de los hombres y el 49% de las mujeres presentan algún tipo de compromiso de esta índole en Colombia, recalcan también cómo, no se logra una disminución importante en el número de personas que muere a causa de estas enfermedades y por el contrario se observa cómo la incidencia en la población actual es cada vez mayor, en comparación con los datos ofrecidos para los años anteriores; cifras que sin embargo, no son suficientes para concientizar a la población adulta en general, sobre el peligro que implican estas enfermedades.

En relación con la anterior afirmación, ello en gran parte se obstaculiza; debido a los cambios socioculturales que actualmente vive la sociedad, en los que se impone el crecimiento de la industria con prioridad en la producción, sin proteger a la persona, aspectos que han originado y desarrollado profundos cambios en el establecimiento de las relaciones personales, sociales y laborales, junto con las transformaciones

⁷ FAJARDO RODRÍGUEZ Hugo A. et al. Prevalencia factores de riesgo cardiovascular. localidad de los Mártires. Bogotá. Colombia. Investigación Original. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, En: Revista Facultad de Medicina. 2003; 51(4): 198 – 202.

⁸ RUEDA SÁENZ, Felipe. En: Revista Cromos, sección Médico en casa. febrero 17 de 2006.

introducidas a los hábitos y tradiciones de las personas, debido a la adaptación a los avances tecnológicos, en los modelos de comunicación que ha originado variaciones en la atención en salud, en los intereses y conceptos de la población relacionados con el bienestar y en general con la adopción de acciones que aseguren una mayor calidad de vida.

Respecto al cuidado de la salud cardiovascular, a través de la revisión en la literatura acerca de los planteamientos sobre sus causas, se puede observar en las nociones dadas por Moya⁹, cómo se repiten conceptos acerca de factores de riesgo denominados modificables como lo son el consumo creciente de tabaco, una inadecuada alimentación que incluye un consumo excesivo de grasas, el bajo consumo de frutas y verduras, entre otras, así como la inactividad física, el frecuente y excesivo consumo de alcohol, junto con las alteraciones derivadas del estrés. Al igual y de acuerdo con Gómez¹⁰, se introduce el reconocimiento al personal de enfermería, como el cuidador directo en el proceso de salud-enfermedad. Se destaca en este cuidado como punto principal, la necesidad de la estrategia de educación en salud utilizada por enfermería, junto con el cuidado asistencial directo, con el que mayormente se involucra a la enfermería; principalmente durante la prevención de la enfermedad, tanto en prevención primaria (control de factores de riesgo), como en lo que consideramos tercer nivel de la prevención (rehabilitación, reinserción social) así como en la promoción de la salud, siendo ésta definida como herramienta fundamental de manera que se requiere de un mayor análisis de las condiciones del individuo o sujeto del cuidado, desde una perspectiva integral, teniendo en cuenta que, según la O.M.S.¹¹ “para mejorar la calidad de la vida, no sólo hay que prevenir y

⁹ MOYA, Luis. Enfermedad coronaria: ¿un factor de riesgo mayor? Revista colombiana de cardiología. Octubre 1999, Volumen 7, Suplemento 3.

¹⁰ GOMEZ F, Wilson y otros. Rol del profesional de enfermería según funciones esenciales de la salud pública. Departamento de cuidado y práctica. Facultad de enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2005.

¹¹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - O.M.S. La Hipertensión Arterial como Problema de Salud Comunitaria. Seme Paltex para ejecutar el programa de salud N° 3. 1990, p. 273.

tratar la enfermedad sino además es importante promover el bienestar físico, psíquico y social”, a fin de lograr un abordaje efectivo en las situaciones de riesgo para la salud cardiovascular.

La situación descrita hace de éste un problema nada sencillo de abordar, ya que para su prevención como se sugiere en la literatura, requeriría de lograr modificaciones en la forma en que se vive, es decir, en los estilos de vida de las personas; por tanto, inicialmente se hace necesario tomar en cuenta la presencia de la educación para el cuidado de la salud, desde edades tempranas, como factor protector para obtener mejores resultados en relación con la construcción de hábitos de autocuidado, que incidan de manera positiva y efectiva en la prevención de la enfermedad cardiovascular y la promoción de hábitos y estilos de vida saludables, así como desde la concepción de salud, tal como lo insinúa la O.M.S.¹², aludiendo a la importancia de abordar los determinantes de la salud y los factores de riesgo en los diferentes procesos de educación para la salud, que cursa el individuo a lo largo de la vida.

Frente a esta problemática, la intervención de enfermería se debe constituir en un trabajo de renovación constante; respecto a lo cual se puede decir que las estrategias que han sido empleadas son variadas y están contempladas en los planes obligatorios de salud de ambos regímenes, (contributivo y subsidiado)¹³; e igualmente son empleadas por los profesionales de la salud, centrándose éstas, en su mayoría, en trabajar con la finalidad de lograr modificaciones de los hábitos de vida, principalmente a través de actividades de educación de modo individual o colectivas, en grupos de diferentes características; se reconoce en la planeación de estas intervenciones, la importancia de fomentar el autocuidado en las personas y con

¹² ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2002. Disponible en Internet en: <http://www.who.int/whr/2000/es/index.html>.

¹³ MINISTERIO DE SALUD. Resolución 412 de febrero 25 de 2000. Bogotá: MINSALUD, 2000.

ello aportar a la reducción del número de reingresos, así como la congestión de los servicios de urgencias, además de la creación de ambientes en las familias para prevenir otros posibles casos de personas con enfermedad cardiovascular; incentivando a la disminución y modificación de los factores o conductas de riesgo; lo que hace de vital importancia contar con estrategias efectivas y adecuadas que incluyan programas de educación para la salud dirigidos, a orientar, apoyar y facilitar en las personas el desarrollo de capacidades para concretar eficientemente los conocimientos propios y allí adquiridos para la consecución de una vida con calidad y acorde a sus expectativas.

Respecto de lo cual se relaciona lo planteado por Vásquez¹⁴, quien indica que “para lograr trascendencia dentro del cuidado de enfermería es importante fundamentar las acciones educativas”, se plantea entonces que dado que el individuo o comunidad receptora de acuerdo con los métodos relaciona los conceptos aprendidos durante el cuidado de enfermería y les da un sentido a partir de su contexto, su experiencia y los conocimientos ya adquiridos, es importante el conocimiento de este fenómeno desde los individuos, objetos de esta problemática. Dicho de otro modo, si el sujeto de cuidado a partir de las acciones recibidas, construye nuevos conocimientos fundamentados en los conocimientos que ha adquirido anteriormente dentro de su contexto, esto le permitirá realizar cambios positivos para su estado de salud y para mantenerlos de esta manera, se debe profundizar en lo que logre ocasionar este estímulo.

De los planteamientos significativos resulta la importancia para abordar este tema desde la percepción de las actividades de educación para la salud en las personas

¹⁴ VÁSQUEZ MENDOZA, Evelyn. Trascendencia de la educación para la salud al brindar el cuidado. Citada por DÍAZ HEREDIA, Luz Patricia En: la investigación y el cuidado en América Latina. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de enfermería, 2005.

asistentes a éstas; Según Signor¹⁵, la percepción de los comportamientos de cuidado es un elemento importante para dar atención al paciente, porque de la manera como éste lo perciba, se deberán realizar los cambios en el cuidado, a fin de que esto logre aportar para clasificar y organizar las actividades o acciones que permitan a la enfermera mantener una relación efectiva con su paciente. De igual forma, Larson¹⁶ indica que la percepción del cuidado, les da a las enfermeras la oportunidad de examinar cuidadosamente el efecto que tiene su práctica sobre el paciente. Así mismo, Rincón¹⁷ dice que el cuidado debe brindarse en una forma en que el paciente sienta que tiene oportunidades para lograr sus aspiraciones en relación con su estado de salud y esto se puede conocer y se logra a través del análisis de la percepción que el individuo tenga al respecto.

Por tanto, se reitera que es importante que enfermería conozca cómo se percibe el cuidado que está brindando, cómo sus acciones educativas son acogidas por los usuarios de sus cuidados, esto le hará saber y comprender qué significa lo realizado, directamente por quienes lo reciben y a partir de allí evaluar o reconducir sus acciones.

Afirma González,¹⁸ que enfermería, como parte de uno de sus roles, ha utilizado ampliamente esta estrategia de educación para la salud, asumiéndola como un

¹⁵ SIGNOR D, M. y col. Percepción de los comportamientos de cuidado que tienen los pacientes y el personal de enfermería que tienen los servicios de medicina y cirugía de adultos del hospital regional de occidente Quetzaltenango. Guatemala. Centro América. Tesis. Maestría en Enfermería: Énfasis en Gerencia en Servicios de Salud. Facultad de Enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 2004

¹⁶ LARSON, P y col. Satisfacción del paciente con el cuidado de las enfermeras durante la hospitalización. *Western Journal of Nursing Research*. 1993.15 (6) 690-707.

¹⁷ RINCON, F. Promoción del cuidado de la salud en dimensiones del cuidado. Unibiblos. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 1998. Págs. 40 - 45

¹⁸ GONZÁLEZ C. Pasantía Instituto PROINAPSA-UIS. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de enfermería, 2004.

TIPAZ M. et al. Efectos de un programa educativo en el grado de preparación de los cuidadores de personas en situación de enfermedad crónica. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de enfermería, 2004.

elemento facilitador de la promoción de la salud, y en razón a que en el cuidado que brinda enfermería en los diferentes contextos y niveles de atención, se consolida como la herramienta pedagógica que más allá del tratamiento, busca progresar no únicamente en la presentación de nuevos conceptos para ésta, sino en optimizar y hacer eficiente la educación para la salud, que se brinda.

Indagando, entonces, las aproximaciones al tema realizadas a través de investigaciones en enfermería como las de Giraldo,¹⁹ Solano,²⁰ se posibilita en primera instancia reafirmar la importancia de la temática educación para la salud, en la búsqueda de influencia de cambio en hábitos, aunque en la mayoría de las investigaciones, se desarrolla esta temática en forma fraccionada a través de algunas consideraciones, durante la justificación, y el marco conceptual; Sin embargo no se identifican avances en la investigación a nivel del conocimiento y análisis de las experiencias de las personas objeto de estas acciones de manera directa o indirecta.

Las estadísticas referidas al inicio de este escrito, muestran cómo los resultados de estas acciones no son alentadores y se observa cómo por el contrario con mayores esfuerzos en educación de diferentes niveles e intensidad para la población, la incidencia de este tipo de eventos es cada vez mayor. Al respecto, el estudio de Vargas E.²¹; señala que para modificar factores o conductas de riesgo se han utilizado estrategias educativas, que en general indican a las personas a qué problemas o riesgos se enfrentan si no corrigen estos hábitos, y en qué forma

¹⁹ GIRALDO L, y MOGOLLÓN S. Propuesta de diseño de un programa para la educación sexual y reproductiva de los estudiantes de secundaria del Colegio Distrital Guacamayas. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de enfermería, 2002.

²⁰ SOLANO C et al. Operacionalización del componente educativo en el programa cuidado integral al niño y/o adolescente ostomizado y su familia. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería, 2003.

²¹ VARGAS R, E y col. La experiencia de modificar positivamente los factores de riesgo cardiovascular. Tesis. Maestría en Enfermería: Énfasis en el cuidado en la salud cardiovascular. Facultad de Enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 2005.

pueden implementar estas modificaciones; igualmente, afirma en su estudio, que a pesar de que existen diferentes motivos para cambiar un hábito la decisión final siempre está en manos de quien debería modificarlo, y afirma que “una vez ésta se toma es radical”, aunque esté influenciada por diferentes estímulos; así mismo afirma que tener conocimientos no es suficiente para modificar los estilos de vida poco saludables; ya que para la modificación de estos hábitos poco sanos, se requiere asumir un compromiso permanente con el cuidado de la salud.

De acuerdo con Barrón²², los hallazgos de una investigación en este sentido sugieren que las estrategias educativas aplicadas a los pacientes con presencia de enfermedad crónico-degenerativa tal como la hipertensión en su estudio, ayuda a mejorar el entendimiento de las terapias específicas y las metas de tratamiento, pues se corrigen conceptos erróneos, se incrementa la adherencia terapéutica, se favorece el bienestar y se provoca la sensación de una mejor calidad de vida del paciente; con lo que sugiere aplicar un tipo de enseñanza activa y participativa respecto de la intervención del paciente a fin que le permita la elección del manejo y la determinación de metas individuales de su manejo o tratamiento.

Desde el rol de educador, la enfermería contribuye con actividades de tipo integral para motivar la adquisición y el mantenimiento de hábitos de vida saludables, así como con estrategias que con intervención multidisciplinaria propenden por el mejoramiento del entorno y en general de la calidad de vida en las comunidades, por lo cual se ha evidenciado como enfermería, ha usado este rol ampliamente como estrategia facilitadora de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud en específico para este caso de la educación para la salud cardiovascular, en razón a que en el cuidado que se brinda en los diferentes contextos y niveles

²² BARRÓN R, A y otros. Efecto de una intervención educativa en la calidad de vida del paciente hipertenso. Salud Pública México 1998; 40:503-509.

de atención, se consolida como herramienta que más allá del tratamiento, busca progresar no únicamente en la presentación de nuevos conceptos para ésta, sino en optimizar y hacer eficiente la educación para la salud y mejorar el cuidado brindado, a partir de lo cual se pueden proponer alternativas y estrategias para la realización de las actividades con mejores resultados en su quehacer profesional.

“El rol de la enfermera consiste no solamente en proporcionar cuidados físicos, e información al paciente sobre su estado de salud, sino también en enseñar los medios o maneras para que este según sus necesidades aseguren su bienestar”

Louise Grondin. Enfermera francesa

De manera que se hace prioritario, plantear desde “otras perspectivas” la de los individuos objetos de las acciones; cuales son en general la o las motivaciones hacia el inicio de cambios de hábitos que les permitan, mantener y propiciar niveles óptimos para su salud cardiovascular, así como determinar si el proceso que se realiza para ello desde este tipo de actividades en el rol que corresponde al cuidado de enfermería, es acorde a las expectativas y necesidades de los individuos o comunidades objeto de ello y conocer cuánto la tradición, el contexto y los conocimientos influyen en la asunción y responsabilidad del comportamiento y control de las acciones encaminadas al cuidado de la salud.

Esta indagación pretendió aportar de manera central a la comprensión, de la o las condiciones fundamentales, para lograr que las personas que asisten regularmente a procesos de educación para la salud, adquieran conocimientos, aclaren dudas para tomar las decisiones necesarias para asumir el compromiso de cambio en el mejoramiento de su salud, ya que gran parte del cuidado planteado por enfermería, en las investigaciones presentadas, converge en acciones de educación para la salud, vistas éstas como base para alcanzar la transformación

de factores de riesgo modificables que por su identificación corresponden a actitudes y comportamientos no saludables propios del individuo y de la relación con su medio. Los elementos anteriormente mencionados, permiten entonces identificar la necesidad que originó la propuesta de investigación; la que se espera conduzca a través del conocimiento de las percepciones de los participantes en la investigación, al mejoramiento de las posibles deficiencias durante las actividades de educación para la salud brindada por el profesional de enfermería, por lo que en este sentido es importante conocer la percepción de las personas respecto a lo recibido, en el campo de la educación para la salud, a través del análisis de la información y los datos obtenidos.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la percepción de las actividades de educación para la salud en un grupo de personas que asisten a programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad cardiovascular?

1.4 OBJETIVO GENERAL

Describir las percepciones de las actividades de educación para la salud, en un grupo de personas asistentes a programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad cardiovascular, en Bogotá, D. C., de Noviembre a Diciembre de 2009.

1.4.1 OBJETIVO ESPECIFICO

Identificar la percepción de las actividades en educación para la salud cardiovascular, recibidas por un grupo de personas asistentes a programas de

promoción de la salud y prevención de la enfermedad cardiovascular, en el **D.C.**, durante el último trimestre del año 2009.

Analizar la percepción de las actividades en educación para la salud cardiovascular, recibidas por un grupo de personas asistentes a programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad cardiovascular, en el **D.C.**, durante el último trimestre del año 2009.

1.5 JUSTIFICACIÓN

Este estudio se justifica en razón a los siguientes enunciados:

La urgente necesidad de disminución de las cifras de morbilidad, secuelas y mortalidad a causa de la enfermedad cardiovascular en Colombia y el resto del mundo, así como un mayor conocimiento de las condiciones y posiciones de las personas involucradas, para lograr influencia en la sociedad actual, ya que como lo expresan Mejía y González²³ “uno de los principales problemas que se ha suscitado, como consecuencia de los cambios socioculturales y económicos en la sociedad moderna ha sido el cambio en los estilos de vida del ser humano, en relación a sus patrones de alimentación, trabajo, descanso y la incorporación de elementos perjudiciales para la salud y que son aceptados socialmente, tal y como es el caso del alcohol y el cigarrillo”, se reconocen entonces estos factores como principales causas en la mayoría de las afecciones de salud contemporáneas, las cuales se ubican en los primeros puestos de las causa de las enfermedades cardiovasculares, que

²³ Citado por BARRETO, Xiomara et al. Participación del profesional de enfermería en la promoción de estilos de vida saludables para prevenir complicaciones derivadas de la hipertensión arterial, en los usuarios de la unidad clínica de consulta externa del hospital Dr. Miguel Pérez. Trabajo de grado. Facultad de medicina, Escuela de enfermería. Caracas: Universidad del Zulia, Diciembre de 2004.

comprenden enfermedades del corazón y en los vasos sanguíneos; como ya se ha mencionado, estas enfermedades además se identifican como de interés epidemiológico debido a su creciente progreso en países en vía de desarrollo como Colombia, ya que además afectan o se presentan de manera indiscriminada en todos los grupos poblacionales.

Al revisar la literatura relacionada con las formas de abordaje de la situación descrita anteriormente, durante el desarrollo de esta investigación, se confirmó cómo las causas de estas enfermedades al mismo tiempo que sus secuelas, son en gran parte prevenibles, y que aun las causas y sus secuelas denominadas como no prevenibles se pueden minimizar, ya que también se pueden relacionar con los estilos de vida, en un juicio sanitario “más o menos saludables”; los que a su vez, resultan de la interacción entre conocimientos, actitudes, prácticas, así como también de la interacción del individuo con el ambiente o entorno que le rodea; de manera que el estudio de la percepciones de estos, es respaldado por Espitia,²⁴ quien durante su investigación indica cómo encontró en estudios anteriores al suyo, la preocupación por hallar la mejor manera para abordar los factores de riesgo cardiovascular y los determinantes de salud, en ópticas orientadas a la concepción del individuo como responsable de sus propia salud, relacionadas predominantemente con el modelo de Dorotea Orem, así como posiciones que abordan directa e indirectamente los determinantes para el cambio del individuo como resultado de su relación con la cultura y su medio social y muy pocas investigaciones, “escasa” literatura en Colombia, presentada desde las percepciones y creencias de los individuos.

²⁴ ESPITIA, S. Percepciones y creencias relacionadas con el cambio de hábitos de vida de un grupo de personas que padecieron un evento coronario agudo. Tesis de Maestría en enfermería con énfasis en cuidado para la salud cardiovascular. Facultad de enfermería, posgrados. Universidad Nacional de Colombia. Sede Bogotá, 2006.

El estudio de la percepción de las actividades de educación para la salud, apoya la evidencia que habla de la individualidad de cada persona; de las múltiples formas en que se pueden interpretar las acciones que estos reciben y de cómo las circunstancias que cada uno puede experimentar influyen en la adherencia de los tratamientos, por lo cual se reitera que las acciones de cuidado efectivas no pueden ser generalizadas, de tal manera que este estudio, aporta al fortalecimiento, planeación y mejora en el desarrollo y resultados de los planes y actividades de los programas de educación que se desarrollan a nivel institucional, de manera que es novedoso y genera Impacto, ya que contribuye al desarrollo de un modelo educativo, que fortalece las actividades de educación para la salud desarrolladas por enfermería y otros profesionales de la salud frente al bajo impacto con el que se le ha relacionado, lo que motiva a otros estudios, con mayor profundización en esta temática.

De la misma manera se presenta como de gran utilidad para fortalecer la formación de los profesionales en Enfermería, teniendo mayor interés, en el conocimiento de las percepciones de los individuos, en las intervenciones realizadas durante el cuidado de enfermería y principalmente a través de la educación para la salud cardiovascular, donde es de mayor importancia y análisis la comprensión del impacto generado por las mismas, contribuyendo de igual forma al desarrollo de la planeación y las metodologías usadas por enfermería durante los procesos educativos a personas con riesgo o presencia de enfermedad cardiovascular.

En conclusión, esta investigación fue pertinente porque aportó al desarrollo de la disciplina, es aplicable por enfermería en todos sus campos y se plantea en forma novedosa, ya que además de reconocer la importancia del rol educativo para la enfermera, permite ir más allá y valorar los logros, así como realizar un análisis, desde los individuos, para encontrar las posibles deficiencias de ésta y así poder

impactar progresivamente en el logro de la modificación de hábitos que no promuevan o apliquen los principios y conocimientos de la educación para la salud cardiovascular.

1.6 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS

- **Percepción:** Para este estudio la percepción se entiende como la sensación interior, que se produce luego de una acción (actividades de educación para el cuidado la salud cardiovascular) y su efecto u opinión acerca de la información recibida.
- **Actividades de educación para la salud cardiovascular:** Conjunto de acciones organizadas que propician el aprendizaje, en el caso específico de esta investigación, el aprendizaje para el cuidado de la salud cardiovascular.
- **Programa de educación en el cuidado para salud cardiovascular:** Proceso en el que se interrelacionan diferentes actividades de educación para la salud cardiovascular con el objetivo de lograr la adecuación de los comportamientos humanos, de los hábitos de vida, para mantener y mejorar la salud cardiovascular
- **Promoción de la salud:** “Es un proceso que realizan la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias, los sectores sociales y productivos que invita a promover, asegurar, favorecer, mantener, fortalecer y proteger todo tipo de actividades y acciones, situaciones, relaciones, procesos, condiciones y entornos que conduzcan a vivir con calidad y tener condiciones de salud de los individuos, de las familias, de los grupos, comunidades y organizaciones y de un entorno.”²⁵

²⁵ GARCIA, Mery C. Aproximaciones conceptuales para diferenciar promoción de la salud de prevención de la enfermedad. En: memorias Cátedra Manuel Ancizar “Enfoque y dilemas

Prevención de la enfermedad: “Es un proceso en el cual se realiza todo tipo de actividades, procedimientos y acciones que conducen a evitar y prevenir la enfermedad. En este proceso las acciones van desde identificar oportunamente las posibles causas, las dimensiones individuales, físicas, mentales, afectivas y sociales así como en el entorno externo que pueden provocar y mantener la enfermedad de la población. Es misión de la prevención, minimizar y reducir los riesgos desencadenantes de procesos de enfermedad”.²⁶

contemporáneos en salud pública”. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá D.C. I Semestre de 2002

²⁶ GARCIA, Op.cit

2. MARCO CONCEPTUAL

Los conceptos mencionados a continuación, presentan la orientación que se siguió y el sustento teórico para el estudio de la temática, el planteamiento, desarrollo y análisis de la presente investigación.

2.1 EDUCACIÓN

“La educación es la formación o desarrollo del hombre por medio de una influencia exterior consciente o inconsciente y por un estímulo que suscita en el ser una voluntad de desarrollo autónomo conforme a su propia ley; la educación no sólo se produce a través de la palabra, está presente en todas las acciones, sentimientos y actitudes. También se llama educación al resultado de este proceso, que se materializa en la serie de habilidades, conocimientos, actitudes y valores adquiridos.

Generalmente, cuando se habla de educación, lo primero en lo que se piensa es en la escuela, de tal manera que la educación ha sido limitada a escolaridad y se ha descartado o restado importancia al desarrollo de otras prácticas, espacios y escenarios sociales que son tanto o más importantes para la formación de las personas, en razón a que éstas como miembros de una sociedad aprehenden a través de las claves de su cultura, no sólo en la escuela sino en un cúmulo de espacios, procesos, instituciones, relaciones personales, recibiendo mensajes y propuestas, elaborando códigos y hábitos e interpretando normas sociales, las cuales abarcan además de los conocimientos como tal, creencias, valores, saberes, habilidades, aptitudes y sentimientos.

Los individuos responden cuando se satisfacen sus intereses y estos están estrechamente ligados con las necesidades que surgen en su ambiente, es

a su vez, sujeto y objeto de su propio desarrollo y de la comunidad a la que pertenece mediante su participación”²⁷.

“El concepto de educación a lo largo de la vida es la llave para entrar en el siglo XXI. Ese concepto va más allá de la distinción tradicional entre educación primera y educación permanente y coincide con otra noción formulada a menudo: la de sociedad educativa en la que todo puede ser ocasión para aprender y desarrollar las capacidades del individuo.

Con este nuevo rostro, la educación permanente se concibe como algo que va mucho más allá de lo que hoy ya se practica, particularmente en los países desarrollados, a saber, las actividades de nivelación, de perfeccionamiento y de conversión y promoción profesionales de los adultos. Ahora se trata de que ofrezca la posibilidad de recibir educación a todos, y ello con fines múltiples, lo mismo si se trata de brindar una segunda o tercera ocasión educativa o de satisfacer la sed de conocimientos, de belleza o de superación personal que de perfeccionar y ampliar los tipos de formación estrictamente vinculados con las exigencias de la vida profesional, incluidos los de formación práctica.

En resumen, la «educación a lo largo de la vida» debe aprovechar todas las posibilidades que ofrece la sociedad”²⁸.

“En Colombia la educación se define como un proceso de formación permanente, personal cultural y social que se fundamenta en una concepción integral de la persona humana, de su dignidad, de sus derechos y de sus deberes.

²⁷ CRUZ R Andrés. SANABRIA R Alexander. Propuesta Curricular. Tesis de grado. Departamento de electrónica, Facultad de Ciencia y Tecnología. Universidad pedagógica nacional Bogotá 2006.

²⁸ DELORS, Jacques. La Educación encierra un tesoro. Compendio del Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre educación para el siglo XXI. ONU, para ciencia y la cultura. 1996.

En nuestra Constitución Política se dan las notas fundamentales de la naturaleza del servicio educativo. Allí se indica, por ejemplo, que se trata de un derecho de la persona, de un servicio público que tiene una función social y que corresponde al Estado regular y ejercer la suprema inspección y vigilancia respecto del servicio educativo con el fin de velar por su calidad, por el cumplimiento de sus fines y por la mejor formación moral, intelectual y física de los educandos. También se establece que se debe garantizar el adecuado cubrimiento del servicio y asegurar a los menores las condiciones necesarias para su acceso y permanencia en el sistema educativo”.²⁹

Las teorías de la educación, intentan explicar el cómo aprendemos o cómo llegamos a adquirir el saber; el surgimiento de éstas, tratan los procesos de adquisición del conocimiento y suponen la sistematización de los mecanismos asociados a los procesos mentales que hacen posible el aprendizaje, su propósito es el de comprender e identificar estos procesos y a partir de ellos tratar de describir métodos, para que la educación sea más efectiva.

2.2 CONSTRUCTIVISMO

“A mediados de la década de 1960, la psicología educativa estuvo dominada por nociones provenientes de las teorías clásicas del aprendizaje y es así como la propuesta constructivista surge en oposición a ellas”³⁰.

“El pensamiento constructivista, más que configurar un sistema filosófico o una teoría del conocimiento, es un conjunto de posturas de tipo epistemológico y pedagógico, frente a la realidad natural, humana y social; por esta razón, el

²⁹ www.mineducacion.gov.co/.../article-196477.html. Revisada julio 2009

³⁰ RODRIGUEZ P, Javier. Estudio de profundización sobre el papel del constructivismo, en la elaboración del currículo. Universidad Nacional de Colombia, 1999

termino ha llegado a identificarse como una teoría educativa que busca aportar al perfeccionamiento integral de la persona, objeto propio de la filosofía de la educación.

Es así, como “el constructivismo se ha establecido como un concepto, una filosofía y una metodología para la transformación y el aprendizaje, en el que existe una corriente de pensamiento que atrae a educadores de la comunidad educativa, para realizar una crítica en torno a su investigación y a sus métodos de enseñanza. En consecuencia, tanto a nivel epistemológico como pedagógico algunas tendencias “afirman que no hay realidades que el conocimiento no haya constituido por su propia actividad, y que el sujeto interpreta el estímulo, catalogándose esto como una construcción subjetiva del conocimiento, lo cual dejaría de serlo, pues la primera condición del conocer no está en el sujeto, sino en el acto del ser del objeto y en el énfasis que se da al hacer que tenga sentido, más que el encontrar la verdad”³¹.

El paradigma constructivista, según los estudios realizados, contiene primero, una “variedad de concepciones y aplicaciones del término, su estudio enfoca la epistemología como una teoría del conocimiento que busca validarlo; segundo, como una teoría de la ciencia, que permite de manera metódica la aprehensión del conocimiento, y tercero, como una filosofía de la ciencia, ya que proporciona de manera rigurosa la reflexión y análisis del mismo”³².

³¹ BARRETO T., C., GUTIÉRREZ A L., PINILLA D B., PARRA M. Limits del constructivismo pedagógico. En Rev. Educación y Educadores. Volumen 9. No. 1. Universidad de La Sabana. Facultad de Educación. Bogotá. Pág. 12

³² BLANCHE, R. La epistemología, Barcelona, España, Ed. Oikos-tan, S.A. 1973. p. 13-14.

Según Rodríguez³³, el constructivismo es a la vez una posición filosófica y una perspectiva psicológica para abordar, el estudio de los procesos mentales ya que como posición filosófica, el constructivismo plantea que la realidad es una construcción del sujeto y para construir la realidad, se utilizan los significados, los modos de pensar y lo que da la cultura, psicológicamente el constructivismo busca identificar, describir y explicar los mecanismos mediante los cuales se construye el conocimiento.

El constructivismo sugiere tres directrices para la educación:

- Los métodos pedagógicos deben apelar a la actividad mental espontánea, lo que traduce que los métodos educativos deben facilitar a los estudiantes que cobren conciencia de sus propias competencias y de las estrategias que utilizan para recordar, solucionar problemas y aprender.

- El rol del educador es de compañía que minimiza el ejercicio de autoridad y el control excesivos, la función del educador es la de proveer un apoyo que sirvan de estructura al desarrollo del conocimiento, esta ayuda disminuye en relación con el desarrollo de competencias del aprendiz, promueve independencia y autonomía

- El aprendizaje, tiene un carácter interactivo y situacional, la perspectiva constructivista tiene como condición un aprendizaje activo, motivado, auto regulado y reflexivo y cuyas acciones ocurren en un contexto.

Para el presente estudio investigativo es necesario comprender los lineamientos del constructivismo social, corriente de pensamiento que nace con los psicólogos

³³ RODRIGUEZ, W. El enfoque constructivista y la educación superior. Instituto tecnológico de Santo Domingo República Dominicana. 1996.

Driver y Easley, quienes en 1978, “plantearon que los logros en las ciencias dependen más de las capacidades específicas y la experiencia previa, que de niveles de funcionamiento cognitivo, dándole valor científico a las ideas de los sujetos. En esta modalidad de constructivismo, las ideas de los niños sobre los fenómenos naturales, ya estudiadas por Piaget, son ahora sustancialmente replanteadas en términos de modelos interpretativos, esquemas alternativos, concepciones erróneas o como ideas que reflejan analogías con puntos de vista sostenidos históricamente”³⁴.

Así mismo, siguiendo a Geelan quien coloca al constructivismo social en “un objetivismo social”, porque centra su atención en las interacciones sociales de clase, sin abordar los problemas de conocimiento científico o del contenido de las ciencias, que deben ser enseñados de modo que sean los estudiantes llevados a la ciencia, más que ésta hacia ellos. Luego el constructivismo social se configura principalmente a partir de los problemas que presentan los sujetos para comprender las ciencias y buscar posteriormente apoyos en la epistemología científica”³⁵.

La importancia del constructivismo social, se resume en la necesidad de ofrecer al proceso educativo, cuando se enfrenta a la enseñanza y al aprendizaje de tipo social, procesos propios para el análisis del conocimiento, buscando la interacción de los contextos en que se estudia, siendo imposible apartar los aspectos cognitivos, emocionales y sociales actuales en el contexto en el que se actúa.

“Por ello, para el enfoque constructivista, uno de los ejes centrales que determinan en parte los fundamentos acerca de la instrucción es el educador, cuando trata de

³⁴ MARTÍNEZ, M., Nicolás; Solano, MARTÍNEZ, I. Tirando del hilo de la madeja constructivista". En: Revista Enseñanza de las Ciencias, 17 (3), 1999. p. 479.

³⁵ <http://sensei.lsi.uned.es/~miguel/tesis/nodel4.html>. 2004.

identificar cuáles son los requisitos que permiten la construcción del conocimiento y saber sobre la incidencia que ejerce la interacción de las operaciones que estructuran la cognición de los estudiantes; por tal razón, es competencia suya adoptar una actitud que le facilite estimar el derrotero de las labores, basado en directrices que se circunscriben alrededor de aspectos como la interpretación y la reorganización del saber previo de los individuos, siendo por demás necesario acudir anticipadamente a la especificación de circunstancias que le sirven de apoyo para cubrir las demandas de una enseñanza que requiere y en la que predomina el carácter de novedad. Tal elemento es el que proporciona el cambio cognitivo, y es allí donde radica del énfasis que distingue la producción de conocimiento para esta concepción”³⁶.

2.3 APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO

El aprendizaje significativo, es un método de aprendizaje constructivista, altamente utilizado, y de especial importancia, no solo del análisis de los contenidos. Este surge cuando el alumno, como constructor de sus propios conocimientos relaciona los conceptos a aprender y les da un sentido a partir de los conceptos que ya posee³⁷. Dicho de otro modo, construye nuevos conocimientos a partir de los conocimientos que ha adquirido anteriormente. Éste puede ser por descubrimiento o receptivo, pero además construye su propio conocimiento porque quiere y está interesado en ello. El aprendizaje significativo se da cuando las tareas están relacionadas de manera congruente y el sujeto decide aprenderlas.

³⁶ BARRETO T., C., GUTIÉRREZ A L., PINILLA D B., PARRA M. Limites del constructivismo pedagógico. En Rev. Educación y Educadores. Volumen 9. No. 1. Universidad de La Sabana. Facultad de Educación. Bogotá. Pág. 22

³⁷ AUSUBEL, D. P., NOVAK, J. D., & HANESIAN, H. Psicología Educativa: Un punto de vista cognoscitivo. 2ª ed. México: Trillas, 1983.

En los procesos de construcción del conocimiento³⁸, aprender un contenido implica atribuirle un significado, construir una representación o un esquema mental del mismo. La construcción del conocimiento supone un proceso de "elaboración" en el sentido que el alumno selecciona y organiza las informaciones que le llegan. En esto hay que tener en cuenta que la persona posee una serie de conceptos, concepciones, representaciones y conocimientos, adquiridos en el transcurso de sus experiencias previas, que utiliza como instrumento de interpretación y que determinan qué informaciones seleccionará, cómo las organizará y qué tipos de relaciones establecerá entre ellas. Si ésta consigue establecer relaciones sustantivas y no arbitrarias entre el nuevo material de aprendizaje y sus conocimientos previos, es decir, si lo integra a su conocimiento, será capaz de atribuirle significados, de construirse una representación y, en consecuencia, habrá llevado a cabo un aprendizaje significativo.

El constructivismo como teoría pedagógica concibe a la educación "como un descubrir que persigue el sujeto a través de su carácter socializador, para superar los límites del pensamiento, los de sus acciones, y alcance la más grande expresión de realización mediante la idea de trascendencia. Tal connotación se ve representado en ciertos contextos por la corriente constructivista, pero que obedece, especialmente, al realizado por algunos profesores en el quehacer educativo como su más significativa culminación, ya que contempla, al igual que los contenidos, el cómo se educa y lo que se ha de generar para formalizar dicho objetivo"³⁹.

³⁸ COLL, C. PALACIOS, J. MARCHESI, A. Desarrollo psicológico y educación. Madrid: Alianza., 1992.

³⁹ BARRETO T., C., GUTIÉRREZ A L., PINILLA D B., PARRA M. Limits del constructivismo pedagógico. En Rev. Educación y Educadores. Volumen 9. No. 1. Universidad de La Sabana. Facultad de Educación. Bogotá. Pág. 21.

Los supuestos que respaldan el enfoque cognitivo - constructivismo, relacionado con la enseñanza, se inicia con los lineamientos dados por las investigaciones de Piaget, Ausubel y Vigotsky. Sus axiomas universales están en relación directa entre la estructura cognitiva del individuo y su edad; la persona se convierte en experto activo en razón de los antecedentes vividos y el dominio que lo social realiza para ampliar las capacidades específicas.

Algunas de las cuestiones que justifican las proposiciones acerca del proceso constructivo que plantean los investigadores nombrados, son las estructuras cognitivas, donde el “proceso de percepción implica una articulación directa con el pensamiento, por cuanto especificar las cualidades que estructuran los niveles del desarrollo obliga incluir la lógica de clases, para categorizar la actividad operativa que en esa zona se pone de manifiesto, razón por la cual, primero, al asimilar dicha ordenación se igualan los esquemas sensorio-motrices con unos que corresponden al límite perceptivo, eventualidad que ha de darse mucho antes que aparezca el lenguaje; segundo, emergen las categorías cuando se presenta la formación de conceptos; aquí el sujeto está llamado a transitar recíprocamente desde una distribución elemental a otra bien organizada, lo que constituye la nota de reversibilidad que caracteriza la diferencia del pensamiento operatorio frente al intuitivo”⁴⁰.

Nadie duda que “la percepción y el lenguaje se despliegan para acelerar el perfeccionamiento del intelecto, además de los códigos inactivo, icónico y simbólico, propuestos por Piaget en su teoría múltiple sobre la representación, con los cuales el individuo logra potenciar su desarrollo cognitivo en procura de alcanzar niveles de mayor avance a los originados inicialmente, cuando se percata

⁴⁰ BARRETO T. C., GUTIÉRREZ A. L., PINILLA D. B., PARRA M. Ciro. Op. Cit.

de la dificultad suscitada entre dos de los tres modos aludidos, y puede de esa manera solucionar el conflicto que tenía originalmente⁴¹.

La corriente del aprendizaje significativo por recepción surge como respuesta a ciertas deficiencias, que, según Ausubel, presentan las formulaciones que hiciera Bruner; “es así como el aprendizaje significativo, bien sea por recepción o por descubrimiento, se opone a una instrucción mecánica o repetitiva, que ocurre cuando las ideas que expresan los alumnos, de modo simbólico, son relacionadas por estos, al indicar y reconocer meritoriamente cual es el aspecto, dentro de la estructura de conocimiento, que deben aprender con la distinción de novedad, en cuyo caso esas nociones se vislumbran a partir de un signo, una descripción o un argumento”.⁴²

Se distinguen tres tipos básicos de aprendizaje significativo⁴³: El aprendizaje de representaciones, de conceptos y de proposiciones.

-El aprendizaje de representaciones tiene como resultado conocer que “las palabras particulares representan y en consecuencia significan psicológicamente las mismas cosas que sus referentes”. Se trata por tanto de la adquisición del vocabulario, dentro de la cual Ausubel establece, a su vez, dos variantes: el aprendizaje de representaciones previo a los conceptos y el posterior a la formación de conceptos. La diferencia entre ambos tipos de aprendizaje representativo reside, según Ausubel en que en el caso del vocabulario conceptual, antes de aprender el significado de la palabra el niño ha tenido que “aprender significativamente lo que significa el referente”.

⁴¹ BARRETO T. C., GUTIÉRREZ A. L., PINILLA D. B., PARRA M. Ciro. Op. Cit.

⁴² BARRETO T., C., GUTIÉRREZ A. L., PINILLA D. B., PARRA M. Ciro. Op. Cit.

⁴³ VASQUEZ M, E. Aproximaciones Conceptuales de la Asignatura de Currículo, 1 Semestre de 2009 texto guía: Psicología Evolutiva UNED. Aprendizaje, desarrollo y educación. Posgrados en Enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia.

Representaciones: Adquisición de vocabulario

Conceptos: Formación (a partir de los objetos)

Proposiciones: Adquisición (a partir de conceptos preexistentes)

Las Ventajas del Aprendizaje Significativo:

- Produce una retención más duradera de la información obtenida.
- Facilita el adquirir nuevos conocimientos relacionados con los anteriormente adquiridos de forma significativa, ya que al estar claros en la estructura cognitiva se facilita la retención del nuevo contenido.
- La nueva información, al ser relacionada con la anterior, es guardada en la memoria de largo plazo.
- Es activo, pues depende de la asimilación de las actividades de aprendizaje por parte del alumno.
- Es individual, ya que la significación de aprendizaje depende los recursos cognitivos del estudiante.

Requisitos para lograr el Aprendizaje Significativo:

- **Significatividad lógica del material:** el material que presenta el educador al estudiante debe estar organizado, para que se dé una construcción de conocimientos.
- **Significatividad psicológica del material:** que el alumno conecte el nuevo conocimiento con los previos y que los comprenda. También debe poseer una memoria de largo plazo, porque de lo contrario se le olvidará todo en poco tiempo.

- **Actitud favorable del alumno:** ya que el aprendizaje no puede darse si el alumno no quiere. Este es un componente de disposiciones emocionales y actitudinales, en donde el maestro sólo puede influir a través de la motivación.

Aplicaciones pedagógicas.

- El maestro debe conocer los conocimientos previos del alumno, es decir, se debe asegurar que el contenido a presentar pueda relacionarse con las ideas previas, ya que al conocer lo que sabe el alumno ayuda a la hora de planear.
- Organizar los materiales en el aula de manera ordenada y jerárquica, teniendo en cuenta que no sólo importa el contenido sino la forma en que se presenta a los alumnos.
- Considerar la motivación como un factor fundamental para que el alumno se interese por aprender, ya que el hecho de que el alumno se sienta contento en su clase, con una actitud favorable y una buena relación con el maestro, hará que se motive para aprender.
- El maestro debe tener utilizar ejemplos, por medio de dibujos o diagramas y fotografías, para enseñar los conceptos.

Realizando aplicación a los conceptos teóricos anteriores, la enseñanza por recepción contiene elementos del modelo del procesamiento de información; de éste trabaja la relación actual entre enseñanza y aprendizaje, estableciendo una relación activa, donde los maestros, inician con un diagnóstico, para identificar el conocimiento previo que tienen los participantes en el proceso y con eso,

identifican lo que es apropiado compartir y enseñar; esos aspectos le permiten planear los conocimientos y acciones a seguir y basar las mismas con base en la experiencia y motivaciones del grupo sujeto de la educación.

Importante seguir y contemplar siempre en cualquier proceso la etapa de evaluación como el evento que va a dar razón del cumplimiento del acto educativo, con los estudiantes se confirma o no, si ellos son capaces de realizar aplicación de los hechos estudiados a otras circunstancias; “finalmente, se da por terminado el procedimiento cuando el efecto del análisis aplicado, tanto a las conductas emprendidas por los sujetos como a las no realizadas por ellos, determina cual fue el grado y la incidencia que produjo en el método descrito con su rasgo de originalidad, convirtiéndose así en un ciclo reiterativo, que le acarrea al educador interpretar las ideas previas, tener la inventiva y contar con los recursos pedagógicos que originan las situaciones y sirven para corregir las explicaciones inadecuadas”.⁴⁴

Es preciso que tanto el material que debe aprenderse como el sujeto que debe aprenderlo cumplan ciertas condiciones. El material no debe ser al azar, debe estar compuesto por elementos organizados en una estructura, de tal forma que las distintas partes de esa estructura se relacionen entre sí de modo no arbitrario. Pero no siempre los materiales estructurados con lógica se aprenden significativamente. Es necesario que además cumplan otras condiciones en la persona que debe aprenderlos. Primero, es necesaria una predisposición para el aprendizaje significativo. Para que se produzca un aprendizaje significativo, además de un material con significado y una predisposición por parte del sujeto, es necesario que la estructura cognitiva del alumno contenga ideas con las que pueda ser relacionado el nuevo material.

⁴⁴ BARRETO T., C., GUTIÉRREZ A L., PINILLA D B., PARRA M. Op. Cit.

2.4 EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La educación para la salud es un derecho recogido en disposiciones internacionales como la declaración de Alma Ata⁴⁵, el programa Salud para Todos en el año 2000, la Carta de Ottawa⁴⁶ y otras orientaciones de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), que sirve como “un instrumento para la participación de los ciudadanos”⁴⁷.

Conceptualmente, “La educación para la salud es una disciplina cuyas bases teóricas se asientan en cuatro grandes bloques científicos: las ciencias de la salud, que nos informan acerca de los comportamientos que mejoran la salud; las ciencias de la conducta (Psicología, Sociología y Antropología), que nos explican cómo se producen los cambios de comportamiento; las ciencias de la educación (Pedagogía) que nos permite facilitar el aprendizaje de un comportamiento y las ciencias de la comunicación que nos permiten identificar como se comunican las personas”⁴⁸.

Educar no es informar y tampoco persuadir, su finalidad no es que se lleven a cabo comportamientos definidos y prescritos por el "experto", sino facilitar que las personas desarrollen capacidades que les permitan tomar decisiones conscientes y autónomas sobre su propia salud. “El objetivo de la educación para la salud se expresa en términos de un valor de la comunidad que le ofrece la capacidad de

⁴⁵ Organización Mundial de la Salud. Alma-Ata. Atención primaria en salud. Salud para todos 1978.

⁴⁶ Organización Mundial de la Salud. Salud para todos en el año 2000, 1986.

⁴⁷ VOURI, H. la participación comunitaria en Atención Primaria de Salud: un medio o una finalidad en sí misma.

⁴⁸ ROCHO. 1992. Citado por: VASQUEZ, Evelyn. Propuesta de electiva de educación en salud. Bogotá, 2004.

enfrentarse, individual y colectivamente, a comportamientos, estilos de vida y medio ambiente en un sentido participativo y amplio”⁴⁹.

La Educación para la Salud (E.P.S.), viene siendo objeto, desde hace años, de una fuerte demanda social, se considera imprescindible lograr la adquisición y el fortalecimiento de las capacidades humanas. Su estudio da origen a la creación de un proyecto cercano a la sociedad y educación y se consolida cada vez más en todos los niveles de la enseñanza y en los campos de atención de la salud.

La Educación para la Salud tiene como objetivo la “adquisición de conocimientos y el desarrollo de hábitos que fomenten estilos de vida saludables que favorezcan el bienestar y el desarrollo personal, familiar y de la comunidad”.

“En el contexto de América Latina la E.P.S., es una estrategia para alcanzar las metas de salud para todos en el año 2000; en ese sentido, en reuniones de trabajo y talleres que se realizaron con personal responsable de los programas de E.P.S. en esta región, se recomendó impulsar y desarrollar esta estrategia con un enfoque activo participativo y práctico que propicie la reflexión de la comunidad en el análisis de la problemática en salud, facilitando y potenciando la participación social para el desarrollo de la salud.

Se marcan tres líneas de acción en E.P.S.: la primera enfocada a la educación para la salud en el ámbito escolar. Se promueven, por un lado, programas de educación para la salud dirigidos a los escolares y, por otro, la creación de

⁴⁹ MODOLO, M. A. Educación Sanitaria Comportamiento y participación (Original en IL pensiero científico Sanitario 1979). En: Tendencia actual en educación sanitaria (compilación) Barcelona: Centro de Análisis y Programas Sanitarios 1987.

ambientes y entornos saludables. Al mismo tiempo se pretende fortalecer los servicios de salud para niños y jóvenes ⁵⁰.

Para implantar la estrategia de Promoción de la Salud, se identifican tres principales instrumentos metodológicos los cuales están centrados en la E.P.S., la comunicación social y la participación comunitaria. Para hacer realidad la E.P.S., se han trabajado tres tendencias principales: ⁵¹

"La que procura el desarrollo de habilidades y la promoción de conductas que permitan hacer frente a distintos problemas de salud. Este enfoque ha recibido múltiples críticas por parte de investigadores que consideran a los individuos como "ignorantes"; sin embargo, las personas que poseen conocimiento deben transmitirlo a la población para que modifique sus hábitos.

La que fomenta conductas asertivas de abogacía y militancia. El propósito de este tipo de educación es ampliar la conciencia entre los individuos y prepararlos para que transformen su entorno.

La que promueve el desarrollo de una actitud protagónica en los grupos sociales, la construcción de una ciudadanía y el avance hacia la democracia. El objetivo en este tipo de tendencia educativa es que los individuos y sus organizaciones desarrollen un tipo de participación-cogestión, con la capacidad para negociar en igualdad de circunstancias la planeación, la conducción y la administración de los planes y programas de desarrollo y de producción social de la salud".

⁵⁰ ARROYO, V. H., CERQUEIRA, MT. La promoción de la salud y la educación para la salud en América latina, ed. Un análisis sectorial. San Juan, Puerto Rico: Organización Panamericana de la Salud/UIPES/Editorial de la Universidad de Puerto Rico, 1997.

⁵¹ ARROYO, V. H., CERQUEIRA, MT. Op. Cit.

Las diferentes tendencias en E.P.S. se manejan tres métodos no excluyentes entre sí: a) el didáctico; b) el de concientización o pedagogía liberadora, y c) el participativo, centrado en el desarrollo humano.

La planificación y la metodología sustentan el proceso educativo, es necesario saber de dónde se parte y a donde se quiere llegar. Así mismo, el efecto de la intervención se relaciona directamente con el método empleado, entonces es de suma importancia para lograr una buena estrategia de educación para la salud, tener un conocimiento suficientemente de la población, respecto a centros de interés, sus valores, sus creencias en salud, su tradición cultural, etc., además de sus conocimientos, inquietudes y experiencias previas, esto para priorizar adecuadamente los problemas de salud que afectan a la población, con criterios de respeto y concertación⁵².

Es además una estrategia de reconocida utilidad en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad, tanto en prevención primaria (control de factores de riesgo), como en lo que consideramos tercer nivel de la prevención (rehabilitación, reinserción social), actuando como importante herramienta terapéutica. Se puede trabajar de modo individual o grupal con los diferentes grupos etéreos que componen las poblaciones, constituyéndose en un elemento facilitador de la promoción de la salud, donde educar redundaría en beneficio del proceso de salud de las comunidades, participantes motivando, la adquisición y el mantenimiento de estilos de vida saludable para de esta manera contribuir al mejoramiento del ambiente y de la calidad de vida de sus pobladores.

La Educación para la Salud, es un trabajo efectivo en enfermería, que lo incluye dentro de su plan de cuidado. La enfermera ha comprendido a través de la historia que el objetivo de la “educación para la salud, no es sólo conseguir un cambio

⁵² SERRANO GONZALEZ M.I. 1990 www.spapex.org/spapez/tallersalu.html.

cuantitativo de conocimientos sino en un cambio cualitativo en las actitudes que lleve a un cambio real de las conductas. No se trata de disponer de muchos conocimientos, sino de disponer de capacidades y habilidades que permitan comportarse de manera diferente⁵³.

La educación para la salud es estudiada por enfermería como parte de su cuidado, en cualquiera de los ámbitos y niveles donde dicho cuidado se dé, donde el individuo y la comunidad para asumir su responsabilidad en salud, se las educa para que asuman un protagonismo efectivo, a través de la oferta de programas y actividades tanto a nivel individual como colectivo.

A través de la formación del profesional de enfermería, la E.P.S., “es cualquier combinación de experiencias educativas diseñadas para predisponer, capacitar y reforzar adopciones voluntarias de comportamientos individuales o colectivos que conducen a la salud. También es una combinación de experiencias de aprendizaje planificadas y destinadas a facilitar los cambios voluntarios hacia los comportamientos saludables. Se sitúa en el campo de la promoción de la salud, la prevención de los problemas de salud y tratamiento de los problemas de salud. Para Rochon, es facilitar la adaptación voluntaria de los comportamientos de los responsables, de los técnicos y de la población a través de las experiencias de aprendizaje complementarias que mejoren la salud del individuo o de la colectividad”⁵⁴.

La Educación para la salud comprende las siguientes características:

- 1) Es un proceso paralelo a cualquier otra intervención sanitaria y/o educativa.
- 2) Es un conjunto de aprendizajes que contemplan tres aspectos diferentes:

⁵³ SAÉZ, S., MARQUÉZ, F., COLELL, R. Educación Para La Salud. Técnicas. 1995.

⁵⁴ GREEN P. L.W. Prevención y Educación Sanitaria en Salud Pública. Ed. Interamericano. Madrid. El Trabajo En Grupos Pequeños Editorial UOC. 1992.

- a) Información.
 - b) Desarrollo de actitudes positivas.
 - c) Promoción de hábitos y comportamientos saludables.
- 3) Ha de promover la responsabilidad individual y colectiva para la toma de decisiones a través del análisis de las alternativas y sus consecuencias.
- 4) Debe aumentar la capacidad de interrelación⁵⁵.

El cuidado de enfermería debe aprovechar la capacidad y el objetivo de los programas de Educación para la Salud, ya que estos se pueden realizar en los diferentes roles, ámbitos, niveles, en donde desempeñe su acción cuidadora. Es conveniente que estas actividades estén enmarcadas dentro del propio curriculum escolar. La planificación, metodología y evaluación serán similares a cualquier programa de intervención, siendo los medios y métodos los que se adecuarán a las edades de la población. Así los juegos, las marionetas o el teatro se convierten en la mejor manera de incidir en esta población para mejorar sus hábitos y conductas relacionadas con su salud.

Para los fines del presente trabajo investigativo, es apropiado tomar las conclusiones del trabajo de investigación, titulado: "La educación para la salud un abordaje en el trabajo de enfermería con las comunidades"⁵⁶, que plantean lo siguiente:

A través de la Educación para la Salud, se aprende a cuidar la Salud con el conocimiento y comprensión de la información, la orientación y la sensibilización,

⁵⁵ MÁRQUEZ, F. Educación para la Salud. Guía práctica para realizar un proyecto". Ed. Masson. Barcelona. 1992.

⁵⁶ PIRANTOZZI, L. La educación para la salud un abordaje en el trabajo de enfermería con las comunidades. Publicado: 14/07/2010. Enfermería. En: www.portalesmedicos.com/.../La-educación-para-la-salud-un-abordaje-en-el-trabajo-de-enfermeria-con-las-comunidades.html.

hacia los procesos saludables que vive la persona y los diferentes grupos sociales. Los hábitos saludables y la prevención de enfermedades son tan importantes como buscar atención médica cuando se está enfermo.

La salud es indispensable para desarrollar nuestras vidas, por ello es necesario que al educar demos a conocer problemas de Salud, las principales causas que originan las amenazas, su trascendencia, tanto personal, familiar y social y proporcionar Educación en Salud que es la mejor aliada para mantener optimas condiciones de vida en Salud de la población.

Todo trabajador de la Salud y la misma población debe abordar las acciones anticipatorias saludables partiendo desde uno mismo, a los individuos y la colectividad para trascender a una mejor posibilidad de condiciones de una vida digna. El trabajo social de enfermería, juega un papel importante por lo que debe estar dispuesto a enfrentar el reto de fomentar una cultura de salud desde su localidad.

La acción comunitaria implica que las comunidades deben asumir la responsabilidad de su propia salud, se debe establecer un compromiso a cambiar entre el que enseña y el que aprende, esto no quiere decir que se está dejando de exigir la atención del nivel político y del sector sanitario profesional. La intercesión, la presión a favor del mejoramiento de la salud y de las políticas para la salud eficaces son uno de los objetivos principales de la promoción de la salud dentro de un enfoque de la nueva salud pública.

Los gobernantes deben estar conscientes de la necesidad de incorporar principios epidemiológicos y de promoción de la salud en los planes de acción local; realidad que permite una nueva forma de abordar ecológicamente al hombre-ambiente-entorno.

2.5 ENSEÑANZA Y PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA⁵⁷

En todos los campos del ejercicio profesional de la enfermera, está llamada a la enseñanza, la cual se debe impartir valiéndose de principios pedagógicos que le fundamenten y según las necesidades del individuo que responde a los siguientes fines:

- Promoción de la salud, centrandó su enseñanza en aumentar la calidad de vida, con la finalidad de favorecer un crecimiento y desarrollo armonioso, en todas las dimensiones del ser humano.
- Prevención de la enfermedad, centrada en la disminución de factores de riesgo, a través de la creación y puesta en marcha de programas con este enfoque.
- Recuperación de la salud, ésta se debe dar específicamente a partir de las necesidades del individuo con el fin de colaborar en la recuperación y la evolución de su enfermedad.
- Rehabilitación, luego de la enfermedad el individuo requiere de la enseñanza adecuada para lograr una mayor autonomía, y mantener su bienestar.

La enseñanza se debe realizar luego de atender las necesidades inmediatas de salud de la persona, debe responder a su etapa de aprendizaje, en forma de proceso y de acuerdo a su ritmo y habilidades. Todo esto se permite a través del proceso de enfermería.

⁵⁷ RIOPELLE, Lise; GRONDIN, Louise y PHANEUF, Margot. Cuidados de Enfermería: Aplicación del proceso enseñanza aprendizaje. Madrid: Interamericana - McGraw Hill, 1993.

Las características claves que presentan los programas de E.P.S. evaluados como efectivos respecto a la metodología deben⁵⁸: incorporar métodos de aprendizaje activos, ir dirigidos hacia las influencias sociales y la de los medios de comunicación de masas, reforzar valores individuales y las normas grupales, promover el desarrollo de habilidades, (sociales, fundamentalmente). Una estrategia especialmente efectiva es el trabajo en grupo de iguales. Sus principales ventajas son:

- Mayor adecuación de los contenidos y estrategias.
- Mayor motivación y credibilidad en la información.

Regularmente en grupos de personas, se concede mayor valor a la información obtenida en el grupo, que a la suministrada por quien educa. El alumno debe llegar a hacer suya la actividad de aprendizaje, y el educador debe jugar el papel de facilitador de este proceso. En este sentido, hay que procurar siempre usar métodos participativos que potencien:

- La adquisición de habilidades sociales.
- La competencia en la comunicación.
- La resolución de conflictos.

Y que además incidan en la responsabilidad, la autoestima y la toma de decisiones; a fin que faciliten la práctica de las habilidades aprendidas.

⁵⁸ GENERALITAT DE CATALUÑA. Orientaciones y Programas. Educación para la Salud en la Escuela. SARES - Sistema de Asesoramiento y Recursos en Educación para la Salud. Cataluña, España, 1984. Disponible en Internet en: http://portal.aragon.es/portal/page/portal/SALUDPUBLICA/PROM_EPS/SARES

Lo anterior es reforzado por la OMS (1983) al afirmar, “Si enfocamos la educación sanitaria desde un modelo participativo, y adaptado a las necesidades, la población adquirirá una responsabilidad en su aprendizaje y éste no estará centrado en el saber, sino también en el saber hacer”.

2.6 PERCEPCIÓN

El análisis de este concepto radica en el interés por reafirmar con este estudio como para el adecuado desempeño del profesional de enfermería y el logro de éxito en todas las acciones que realiza al brindar sus cuidados, es importante el conocimiento e integración de la percepción que al rededor de estas tienen las personas que reciben estos cuidados.

Por tanto, se parte de lo definido por el Grupo de Cuidado⁵⁹ quienes definen la percepción como “la acción de percibir que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos y conlleva al conocimiento”, además definen la percepción “como un proceso mental mediante el cual obtenemos datos del exterior y los organizamos de un modo significativo en nuestro interior, para tomar conciencia del mundo que nos rodea. Es proceso en donde se organizan las sensaciones y la información percibida se integra y se le da un significado”.

Bejarano⁶⁰, al respecto de acuerdo con su investigación afirma que la información proporcionada por los estudios de investigación orientados hacia la percepción de los pacientes sobre los cuidados de enfermería recibidos, permiten determinar aquellas áreas de mejora, asistenciales y gerenciales, que se deben trabajar para

⁵⁹ GRUPO DE CUIDADO. “Cuidado y practica de Enfermería” Facultad de Enfermería, universidad Nacional de Colombia. Unibiblios, Bogotá, Colombia, 2000.

⁶⁰ BEJARANO B. M. Percepción de los profesionales de enfermería y las Gestantes sobre la asesoría en VIH en una ESE de primer nivel De Bogotá distrito capital. Tesis de Maestría. Facultad de enfermería. Universidad Nacional de Colombia, 2010.

garantizar resultados óptimos de los cuidados y la satisfacción total de los pacientes, sus familiares y los profesionales mismos.

Así como determina que los estudios de percepción también permiten indagar y profundizar más en las diferentes situaciones del individuo, como los sentidos y la experiencia previa, juegan un papel crucial para poder realizar un concepto sobre qué se percibe, cómo se percibe y cómo se valora esta percepción. Al trabajar directamente sobre las percepciones se pueden realizar ajustes, propuestas o innovaciones sobre lo que se está estudiando y lo que se está haciendo⁶¹.

Numerosas son las definiciones que hacen alusión al tema de la percepción. Una conceptualización puede remitir a Robbins (1996), quien manifiesta que “es el proceso sensorial mediante el cual los sujetos organizan e interpretan sus impresiones sensoriales dándole significado al ambiente que los rodea”. Gordon (1997), la define como “el proceso activo de percibir la realidad y de organizarla en interpretaciones o visiones sensatas” y Hellriegel & Slocum (2004), señalan que “es el proceso por el cual la gente selecciona, organiza, interpreta y responde a la información del mundo que la rodea”. En todo caso y de manera muy simple, la percepción implica una apreciación de la realidad.

Para Salmero⁶², “percepción es la acción de adquirir conocimientos por medio de los sentidos. A partir de ello, es posible obtener un conjunto de conceptos y actitudes, asociadas con la atención ofrecida y la recibida, por los cuales se adquiere información que beneficia a la institución de salud, a los prestadores directos y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativas. A través de la percepción se logra una información especial de todo lo que nos rodea y se

⁶¹ BEJARANO B. M. Op. Cit.

⁶² SALMERO FLORES, Juana Julia. Tesis de percepción de los cuidados de Enfermería que tienen el personal de Enfermería y las madres con niños menores de 1 año. Universidad Nacional 2004. 27 p.

constituye en un fenómeno de esa realidad, representada psicológica y emotivamente sobre el individuo, lo cual influye física y anímicamente, al responder a cualquier información, según la forma en que ésta fue transmitida”.

Melgarejo⁶³, amplia y profundiza un poco más en el concepto de percepción, ya que indica que “ésta es bio-cultural porque, por un lado, depende de los estímulos físicos, (entendidos como aquellos cambios energéticos que existen en el ambiente y que son percibidos por los órganos sensoriales, es decir, los cambios energéticos ambientales adquieren el carácter de estímulos en tanto que puedan ser captados por un organismo que los sienta) y sensaciones involucradas (entendidas como la estimulación de los órganos sensoriales por un rango específico de cambios energéticos ambientales, ya que los órganos sensoriales tienen límites de sensibilidad más allá de los cuales las modificaciones ambientales no provocan sensaciones) y por otro parte, de la selección y organización de dichos estímulos y sensaciones”.

En consecuencia, la percepción, es una explicación para entender cómo los sujetos captan lo mismo y lo perciben de manera diferente, radica en las atribuciones que sobre las personas, los estímulos y el contexto suele hacer el perceptor. De acuerdo a ello, las interpretaciones del sujeto que percibe, pueden verse afectadas por sus rasgos o características personales, por algún tipo de antecedente, por prejuicios, intereses, experiencias, necesidades insatisfechas, expectativas o incluso por el estado de ánimo que tenga la persona. De igual manera, las características de los estímulos que observa pueden incidir en el mismo proceso perceptivo sobre todo en materia de selección perceptual, favoreciéndose la captación de estímulos de gran colorido e intensidad, estímulos que se mueven, otros que se ven por primera vez y algunos más que son

⁶³ MELGAREJO VARGAS. Luz María. Sobre el Concepto de Percepción. ALTERIDADES, 1994 4 (8): 47 p.

repetitivos o similares, tendiéndose a la apreciación e interpretación de sólo una parte del conjunto percibido y descuidándose en consecuencia, otras consideraciones.

Finalmente, el contexto aún cuando actúa como un factor aglutinante de los dos aspectos anteriores, de igual forma mantiene un peso sustantivo en el proceso perceptivo, toda vez que las características del mismo entorno representan elementos clave que suelen contribuir a facilitar la captación de lo que se espera percibir en el respectivo ambiente, y por ende, tienden a condicionar en cierta medida la conducta del perceptor.

Respecto de ello Bejarano⁶⁴, en su estudio encontró que la percepción entonces, es la continua interacción entre sujetos activos que conforman percepciones particulares. Por lo tanto, la percepción debe ser entendida como relativa a una situación, pues tiene una ubicación espacial (sitio donde se realiza la actividad de educación para este caso) y una ubicación temporal (tiempo en que se realizan la actividades de educación en salud cardiovascular) la cual depende de diferentes situaciones y experiencias vividas por los participante de ello y los profesionales, modificando o adecuando la percepción.

Así como concluye que el concepto de percepción está en cada individuo, en cómo percibe o recibe los estímulos del exterior y así a través de la acumulación de experiencias, vivencias, poder generar una impresión hacia lo que le rodea. Cuando se solicita una atención en salud, el usuario está realizando su proceso mental de cómo está recibiendo esta atención, lo cual le permite tener una

⁶⁴ BEJARANO B, M. Percepción de los profesionales de enfermería y las Gestantes sobre la asesoría en VIH en una ESE de primer nivel De Bogotá distrito capital. Tesis de Maestría. Facultad de enfermería. Universidad Nacional de Colombia.2010.

satisfacción o insatisfacción, lo que también permitirá intuir si a partir de ello la persona es estimulada para realizar o mantener un hábito que mejore su salud.

Bejarano enriquece el análisis del concepto de percepción con una visualización desde lo filosófico en la que menciona cómo la percepción es concebida como la formulación de juicios sobre la realidad y tales juicios entendidos como calificativos universales de las cosas⁶⁵, lo que complementa señalando que en este sentido, se muestra a la percepción como un proceso parcial en donde el observador no toma la totalidad del objeto, sino un aspecto de éste en un momento determinado, es Merleau-Ponty, quien señala que la percepción no es un añadido de eventos a experiencias pasadas, sino una constante construcción de significados en el espacio y en el tiempo.

Finalmente, y luego de la revisión de los conceptos filosóficos anteriores, se puede deducir que la filosofía ha realizado aportes importantes en lo que se refiere a la comprensión de las formas de aprendizaje del ser humano desde la percepción, del medio a través de sus sentidos y la relación de las imágenes percibidas con su entendimiento y el concepto de dichos objetos. Es decir, que de ellos se derivan los fundamentos del conocimiento desde lo perceptivo-cognitivo, visto desde diferentes enfoques, que para este estudio son parte del sustento teórico⁶⁶.

Ampliando el enriquecimiento de este análisis, se observa la percepción desde la psicología, siendo ésta una de las principales ciencias encargadas del estudio y definición de la percepción. En general, en este campo se define percepción como: “el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros

⁶⁵ MELGAREJO, V.M. Op. Cit.

⁶⁶ BEJARANO B, M. Op. Cit.

procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización”⁶⁷.

En el estudio de Melgarejo⁶⁸, se alude a otros planteamientos, en los que se considera a la percepción como un proceso construido involuntariamente en el que intervienen la selección de preferencias, prioridades y las diferencias cualitativas y cuantitativas del individuo acerca de lo que percibe y hace énfasis en los dos niveles que tiene la percepción para la psicología: el nivel consciente y el nivel inconsciente, en donde ambos pueden hacerse evidentes cuando el individuo los manifiesta por medio de sus actitudes y comportamientos. Adicionalmente, recalca como la percepción tiene como característica la flexibilidad conductual propia de la especie humana, que permite la adaptación de los miembros de una sociedad a los medios en los que se desarrollan.

En síntesis, Bejarano⁶⁹ plantea que el concepto de percepción está en cada individuo o sociedad determinada, y se relaciona con los sentidos, con la cognición y elaboración de significados de una situación específica.

La manera como se reciben e interpretan los estímulos del exterior y a través de la acumulación de experiencias de cada individuo, y la forma como se establecen los estímulos sensoriales de manera diferente se llega a interpretaciones y respuestas disímiles y se genera una impresión hacia lo que le rodea.

⁶⁷ MELGAREJO, V.M. Op. Cit.

⁶⁸ MELGAREJO, V.M. Op. Cit.

⁶⁹ BEJARANO B, M. Op. Cit.

3. MARCO DE DISEÑO

2.1 TIPO DE ESTUDIO

El desarrollo metodológico de esta investigación comprendió un estudio cualitativo, descriptivo interpretativo.

-Descriptivo, ya que la investigación, muestra el conocimiento de las expresiones e impresiones, resultantes de las personas que participaron en las actividades de educación para la salud cardiovascular.

-Interpretativo, en razón a que los datos se derivaron de las percepciones de las personas, en relación con su contexto social de forma natural, con el propósito de conocer alrededor de éstas, las circunstancias del comportamiento humano; además se interesó por aproximarse a analizar a través de estas las posibles dificultades y distanciamientos de las personas con el cambio hacia hábitos de vida saludables y así intentar comprender el por qué del éxito o no de las intervenciones de enfermería.

Este estudio, centró su preocupación en la búsqueda de la descripción e interpretación de las percepciones de las personas que asisten a actividades de educación para la salud cardiovascular; en relación con el cambio de hábitos de vida más saludables en las personas, a fin de lograr la generación de conocimiento alrededor de esta temática y con ello lograr aportes específicamente en la consecución, o mantenimiento de estos.

Fue desarrollado con 14 participantes, que asistían a las actividades de educación para la salud en sus centros de atención primaria de manera ininterrumpida en el año 2009, al momento de la entrevista; pertenecientes al régimen contributivo, la gran mayoría en calidad de pensionados, algunos otros aun activos laboralmente

o de ocupación completa en el hogar, La edad promedio de los participantes fue de 60 años, donde la edad menor fue de 48 y la mayor de 85 años, con mínimo nivel básico de educación primaria. A todos los participantes se les solicitó el diligenciamiento y aceptación del formato de consentimiento informado de manera escrita, explicando en forma conjunta el objetivo del estudio.

Para analizar la información, se usó el método de Colaizzi⁷⁰, el cual es una estrategia de investigación cualitativa que apoya la importancia de la descripción exhaustiva y comprende los siguientes pasos:

1. Definir el fenómeno de interés.
2. Recolectar las definiciones de los participantes sobre este fenómeno.
3. Leer todas las descripciones de los participantes sobre este fenómeno.
4. Volver a las transcripciones originales y extraer enunciados significativos.
5. Tratar de escribir el significado de cada enunciado significativo.
6. Organizar los significados formalizados agregados en grupos de temas.
7. Escribir una descripción exhaustiva.
8. Volver a los participantes para validación de esta descripción.

⁷⁰ COLLAZZI PF. Reflections and research in Psychology: A phenomenological study of learning. Dubuque, IA: Ken-dall-Hunt; 1973, p. 179.

9. Si nuevos datos son revelados durante la validación, incorporarlos a la descripción exhaustiva.

Para este tipo de investigación la información que los participantes aportaron al fenómeno estudiado constituye la muestra, ya que el propósito es acudir a lugares, personas o acontecimientos que permitan descubrir variaciones entre los conceptos y que hagan más densas las categorías en términos de sus propiedades y dimensiones.

2.2 MUESTRA

La muestra de este estudio es teórica, en razón a que está constituida por la información obtenida de las entrevistas realizadas a los participantes, (datos no personas) hasta lograr la saturación de la misma.

- Criterio de Saturación:

Éste se logra cuando al realizar la transcripción y análisis de las entrevistas, no se obtienen nuevos datos, que permitan convertir la información de análisis, en características, códigos o categorías.

- Criterios de inclusión de los participantes:

Los participantes fueron seleccionados de manera intencional, a fin que la muestra resultara homogénea, bajo los siguientes criterios para su inclusión:

- Ser participantes activos de uno de los grupos de personas asistentes en los cinco diferentes centros de atención de una IPS del Distrito Capital, ya que estos se encuentran anteriormente consolidados y en ellos se realizan formalmente

actividades de educación para la salud y específicamente para el cuidado de la salud cardiovascular.

- Haber asistido de manera continua a las actividades mencionadas en el año inmediatamente anterior a la entrevista.

- Que sean mayores y sin límite de edad

- Que voluntariamente deseen participar.

- **Criterios de Exclusión:**

No fueron parte de la investigación con la finalidad de disminuir las limitaciones del estudio:

- Las personas a las que no se les pudo corroborar, la constancia de la fecha mensual a los programas de educación para la salud correspondientes a un tiempo inmediatamente anterior a un año.

- No fueron parte del estudio, las personas que no pudieron por sí mismas leer y aceptar el formato de consentimiento informado.

- Así como tampoco lo fueron, quienes requirieron de la asistencia permanente de otra persona para desplazarse, permanecer o realizar la entrevista.

2.3 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para el inicio de esta parte del estudio, se tramitó el permiso respectivo ante la IPS correspondiente en la que se atienden adultos pertenecientes al régimen

contributivo, de diferentes localidades de la ciudad. Este permiso fue estudiado y autorizado por la dirección de calidad de la institución, quienes solicitaron el establecimiento de algunos compromisos para el desarrollo de las entrevistas con la finalidad de proteger a sus usuarios e institución, posterior a ello, se autorizó y dispuso el acceso físico a las diferentes sedes, así como a las bases de datos para dar inicio a esta parte de la investigación.

Seguidamente se procedió a realizar contacto personal con las enfermeras de cada punto de la IPS, para presentar la investigación, concertar un espacio que permitiera la realización de la entrevista en forma cómoda y privada y finalmente conocer a los usuarios asistentes a actividades de educación para la salud cardiovascular y de esta manera identificar aquellos que tenían las características requeridas en este estudio.

Habiendo identificado a los potenciales participantes, se abordaron personalmente, para realizar una breve presentación del investigador, así como de los objetivos del estudio además del tiempo y proceso a seguir durante la entrevista y la finalización del estudio, incluida la necesidad de grabación. Si la persona aceptaba, se procedía a realizar la lectura y aceptación del consentimiento informado para iniciar la entrevista.

3.3.1 Inmersión en la información

Para poder iniciar la recolección de los datos, se tuvieron en cuenta dos momentos:

En el primero se realizó una prueba de afinamiento, que consistió en la realización de cuatro entrevistas, para las cuales los participantes fueron escogidos bajo los mismos criterios de inclusión y exclusión, planteados en la investigación, así

mismo como el mantenimiento del rigor metodológico y la realización de consentimiento informado, pero con la finalidad de producir un entrenamiento de las habilidades requeridas para tal fin en la investigadora, logrando anticipadamente la identificación riesgos o limitaciones en la recolección de los datos a través de diferentes variables intervinientes como lo fueron: el ambiente propio de las entrevistas, ya que influyó en la aceptación de las personas que tan distante o no estuviera del sitio donde se encontraban en ese momento realizando sus actividades dentro de la IPS; El adecuado manejo o no de los recursos tecnológicos presentes, ya que permitió identificar qué tan cerca o lejos de la voz de los entrevistados era el punto óptimo para evitar nerviosismo del entrevistado, o la obtención de distorsión, poca claridad o bajo volumen de lo grabado; ajustes del lenguaje empleado, así como la reorientación de los cuestionarios de base, con la finalidad de tener total claridad de las preguntas y el no producir desde la pregunta misma sesgos para las respuestas de los participantes y por último el manejo del tiempo pactado con las directivas de la institución, ya que por disposición de éstas no podría mantener la entrevista por un tiempo mayor a 40 minutos con cada usuario; todo ello con la finalidad de afinar la técnica escogida.

Posteriormente, con las correcciones anteriormente descritas, para el momento de la entrevista y la transcripción de éstas, se procedió a la recolección de los datos.

2.4 INSTRUMENTO

Para el objeto de esta investigación la recolección de la información se realizó a través de entrevistas semi-estructuradas, de manera individual, con el fin de conocer a profundidad la experiencia de los participantes; se planearon cuatro aspectos para la realización de las preguntas, de modo informal, abiertas, planteadas de manera que no impliquen ningún tipo de juicio y además se organizaron de acuerdo a tres tipos de pregunta, principal, de seguimiento y de

sondeo, con el fin de guiar, en forma objetiva, la consecución y análisis de los datos, así como intentando cubrir el máximo de la información a obtener⁷¹.

- **Preguntas acerca de la experiencia o el comportamiento:** Se encaminan a obtener descripciones de experiencias, comportamientos, etc., de lo que una persona ha hecho, visto, oído o pensado.
- **Preguntas acerca de opiniones o valores:** Determinan cómo interpretan las personas acontecimientos o problemas específicos, las respuestas reflejan un proceso de toma de decisiones y pueden revelar objetivos.
- **Pregunta acerca de sentimientos:** Indagan acerca de respuestas emocionales a experiencias normalmente espontáneas, no resultado de una decisión, pueden surgir a partir de otro tipo de pregunta.
- **Preguntas acerca de conocimientos:** Descubren lo que la persona considera como información concreta o verdadera.

Con base en lo anterior, ya que las entrevistas fueron de tipo semi-estructurado se planteó iniciar las mismas alrededor de los siguientes ejemplos de preguntas, conservando la temática principal a indagar, pero utilizadas no en un riguroso orden, esto dependió de la participación o información obtenida para cada repuesta en cada punto de la entrevista con cada participante.

Las entrevistas realizadas fueron fielmente transcritas en promedio entre 24 y 48 horas después de realizadas, se tuvieron en cuenta a manera de observación,

⁷¹ Adaptado por TIMYAN, citado por ULIN, Priscilla R.; ROBINSON, Elizabeth T. y TOLLEY, Elizabeth E. Investigación aplicada en salud pública: métodos cualitativos Es.- Washington D. C.: OPS/OMS/USAID/FHI; 2006. 286 p. (Publicación Científica y Técnica, No. 614).

aspectos relevantes dentro de la transcripción de la entrevista, como cambios en el tono de voz, expresiones al referirse a personas o hechos, con la intención de enriquecer los datos así como mantener fidelidad, claridad y orden en los mismos. De la misma manera durante ellos, se mantuvo total protección y reserva por la dignidad y privacidad de las personas participantes.

3.4.1 formato de entrevista semi-estructurada

TEMA	PREGUNTA PRINCIPAL	PREGUNTA DE SEGUIMIENTO	PREGUNTA DE SONDEO
EXPERIENCIA O COMPORTAMIENTO	¿Cuál es su percepción de las actividades de educación para la salud cardiovascular?	¿Considero adecuados los tiempos, espacios y ambientes que se manejan durante las actividades educativas?	¿Además de los conocimientos que otras cosas o aprendizajes le han aportado las actividades de educación para la salud Cv?
OPINIÓN O VALORES	¿Cree usted que la asistencia o participación a estas sesiones educativas ha logrado cambios en sus hábitos diarios? ¿Cuáles?	¿Cuáles son las razones por las que usted participa de las actividades de educación para el cuidado de la salud cardiovascular?	¿Considera importante la participación en estas actividades?
SENTIMIENTOS	¿Qué beneficios ha sentido con la participación en las actividades de educación para el	¿Le gusta participar en las actividades de educación para el cuidado de la salud cardiovascular?	¿Acerca del desarrollo de las actividades de educación que le gustaría comentar?

	cuidado de la salud cardiovascular?		
CONOCIMIENTOS	¿Los conocimientos para el cuidado de la salud cardiovascular que ha adquirido, han influido positivamente en su estado de salud? ¿Por qué?	¿Las sesiones educativas han respondido las dudas que usted ha tenido acerca del cuidado para su salud cardiovascular?	¿Qué conocimientos necesita para cuidar su salud cardiovascular?

Fuente: Adaptado de niveles de preguntas para las entrevistas en un estudio cualitativo de Anticoncepción de Emergencia, en investigación aplicada en salud pública, métodos cualitativos, OPS, FHI. p. 77.

2.5 VALIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN

“Una investigación tiene un alto nivel de validez al observar, medir o apreciar una realidad, se observa, se aprecia esa realidad y no otra; es decir, que la validez puede ser definida por el grado o nivel en que los resultados de la investigación reflejan una imagen clara y representativa de una realidad o situación dada. La validez es la fuerza mayor de las investigaciones cualitativas. En efecto, el modo de recoger los datos, de captar cada evento desde sus diferentes puntos de vista, de vivir la realidad estudiada y de analizarla e interpretarla inmersos en su propia dinámica, ayuda a superar la subjetividad y da al investigador un rigor y una seguridad en sus conclusiones que muy pocos métodos pueden ofrecer”⁷².

⁷² MARTÍNEZ, Miguel. El enfoque cualitativo en la investigación. Disponible: [Http://miguelmartinezm.atspace.com/nc10enfoquecualitativo.html](http://miguelmartinezm.atspace.com/nc10enfoquecualitativo.html). Consulta: agosto, 2008.

La confiabilidad de la misma, incluye cuatro criterios, que son la manera de establecer el verdadero valor de los resultados cualitativos en el análisis de la investigación⁷³.

- **Credibilidad:** Las interpretaciones creíbles de los datos cualitativos, ofrecen explicaciones que son congruentes con los datos recolectados y comprensibles para los participantes del estudio.

La coherencia o credibilidad de la información en esta investigación, incluyó la exactitud, integridad y veracidad en la descripción de los datos de las entrevistas realizadas, y se confirmó mediante el paso llamado verificación, que se realizó con los mismos participantes.

- **Confiabilidad:** Una prueba importante de confiabilidad en los estudios cualitativos, es la medida en que se pueden reproducir los resultados, obteniendo interpretaciones independientes pero igualmente concluyentes.

Para este estudio la confiabilidad, se trabajó desde la realización de las cuatro entrevistas de prueba, ya que con este se trabajó en la habilidad para la realización de la entrevista por el investigador y el perfeccionamiento del método.

- **Confirmabilidad:** Se realiza a través de los registros, que permiten rastrear el proceso que ha llevado a las conclusiones para verificar si se ha mantenido suficiente distinción entre las propias ideas y las de los participantes.

En este estudio, se confirmó el registro de la ruta, características y proceso realizado en la consecución, análisis y presentación de los datos obtenidos.

⁷³ MARTÍNEZ, Miguel. Op. Cit.

- **Transferibilidad:** Consiste en poder aplicar y comprender un fenómeno de las lecciones aprendidas durante la investigación, en un contexto similar, asegurando que las conclusiones sean completamente apoyadas en los datos recolectados.

2.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Según Sara Fry⁷⁴, la investigación desde enfermería contribuye al bien de la sociedad, ya que interviene estudiando a profundidad las prácticas de enfermería con el fin de cerciorarse de su correcta aplicación y que a su vez éstas redunden en beneficio de los pacientes promoviendo su mejoría, así como durante la participación en actividades de investigación con otros miembros del equipo de salud, a fin de mejorar la calidad general de los cuidados brindados por estos.

Dado lo anterior, esta investigación se encaminó a conocer y describir las percepciones de un grupo de personas asistentes a actividades de cuidado en educación para la salud cardiovascular, los datos recolectados a través de las entrevistas semi-estructuradas son estrictamente confidenciales, se acogen a las normas vigentes, como la resolución No. 008430 de 1993 del Ministerio de la Protección Social, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, y en la Ley 84 de 1989 del Ministerio de Salud. Por lo tanto en el presente estudio prevalecerá el criterio del respeto a la dignidad y la protección de los derechos y bienestar de los sujetos de estudio.

De acuerdo con la primera versión de la declaración de Helsinki; que indica una serie de recomendaciones generales de cómo debe hacerse la investigación en seres humanos. Ésta afirma que todas las personas para tomar parte en un

⁷⁴ FRY, Sara. La ética en la práctica de la enfermería. Guía para la toma de decisiones éticas. Ginebra, Suiza: Consejo Internacional de Enfermería - CIE., 1994.

proyecto de investigación, deben ser voluntarios y han de estar informados sobre la investigación y el derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Así mismo, cuando se detecten efectos adversos se debería de informar de estos a todos los sujetos sobre los que se realiza la investigación”⁷⁵. De manera que este estudio siguió estas recomendaciones, ya que las características del estudio fueron explicadas a los participantes en la investigación, solicitando consentimiento informado de manera verbal y escrita para la obtención y el uso de la información, adicionalmente se garantizó que se conservaría el anonimato de los informantes, a través de ello los participantes tienen conciencia de que están involucrados en el proceso de la investigación, de manera que pueden obtener retroalimentación a partir del conocimiento acerca de sus propias perspectivas dentro del análisis de la investigación.

Según el reporte de la Comisión Nacional para la protección de sujetos humanos de investigación, donde se debe tener claridad entre investigación y práctica. “El término "práctica" se refiere a intervenciones diseñadas solamente para acentuar el bienestar de un paciente o cliente y práctica médica o de comportamiento es proporcionar diagnóstico, tratamiento preventivo o terapia. Cuando se habla de investigación en seres humanos, se deben considerar tres principios: Respeto a la persona, Beneficencia y Justicia”⁷⁶, principios éticos que se consideraron a lo largo de toda la investigación, ya que se mantuvo el respeto por las personas que voluntariamente participaron y lo expresaron a través del consentimiento informado; ratificando su autonomía para participar en él; además la beneficencia se consideró al propender por el mayor número de beneficios y la institución donde se realizó frente a la protección de los datos, la independencia de estos y

⁷⁵ LOLAS. Fernando, QUESADA. ALVARO. Pautas éticas de investigación en sujetos humanos. DECLARACION DE HELSINKI. Puntos 20 al 22. 1964. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/BIO/pautas.pdf>. Consulta: agosto, 2008.

⁷⁶ Página oficial Universidad Nacional de Colombia, Normatividad Ética de la investigación.

realimentación de los resultados, sin la exposición de estos a riesgos de ningún tipo, siendo los posibles para este estudio: La alteración en los conceptos, creencias, sentimientos, ni del comportamiento social de los participantes en ella.

En el análisis ético, esta investigación consideró las pautas éticas internacionales para las investigaciones biomédicas en seres humanos⁷⁷ CIOMS (Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas), que en el texto para el año 2002, establece principios éticos generales y 21 pautas y está destinado a orientar, especialmente a los países de escasos recursos, en la definición de pautas nacionales sobre ética de la investigación biomédica, aplicando estándares éticos en condiciones locales y estableciendo o redefiniendo mecanismos adecuados para la evaluación ética de la investigación en seres humanos.

Para esta investigación se tuvieron especialmente en cuenta las pautas 5, que habla de la obtención del consentimiento informado 18 de la protección de la confidencialidad. La investigadora garantizó a las personas participantes de este estudio, la omisión de la información que pudiese revelar la identidad de los individuos participantes, limitando el acceso a los datos, haciéndolos anónimos, o codificándolos por otros medios, de la misma manera, durante el proceso de obtención de consentimiento informado, la investigadora comunicó a los participantes las precauciones que se tomarán para proteger su confidencialidad.

La difusión de este estudio se realizó a través de la socialización de la investigación, a la IPS respectiva, al comité de calidad demás personal de la institución por delegación o interés en la temática. Se buscó la presentación de la investigación en eventos nacionales y su publicación en el reporte en la Revista

⁷⁷ Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud. Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. Ginebra. 2002. Disponible en: http://www.cioms.ch/pautas_eticas_internacionales.htm.

Avances de Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

2.6.1 Limitaciones

Esta investigación arroja la información desde las personas asistentes a actividades de educación en salud, no muestra información acerca del profesional de salud que las desarrolla ni información propia de la planeación o desarrollo de éstas, datos que podrían ser relevantes en la relación de las percepciones manifestadas por los participantes.

El tiempo de realización de las entrevistas fue delimitado, desde el inicio en las condiciones y compromisos adquiridos con la institución, debido a la búsqueda por parte de estos, de protección del tiempo y el aseguramiento de la participación en las actividades programadas para cada usuario, lo que en algunos casos no permitió un mayor conocimiento de la experiencia del participantes, y, por tanto, el enriquecimiento de los datos.

La percepción tiene matices de subjetividad, por lo que podría suceder que existan diferencias importantes en algunos aspectos de la percepción de los sujetos y la realidad de las situaciones, según Martínez⁷⁸. De acuerdo a ello, diversas son las variables de corte independiente que pueden incidir en el respectivo proceso, incluyendo desde rasgos de personalidad, hasta circunstancias coyunturales que en algún momento confluyan en la psiquis de la persona.

⁷⁸ MARTÍNEZ M. Alberto. La percepción como elemento incidente en la valoración de la rapidez del servicio en cadenas de comida rápida. Revista Compendium. Número 24. Julio, 2010. UCLA. Valencia. España

Algunos de estos elementos si bien mantienen un importante peso en las acciones perceptivas, representan dentro del análisis investigativo, barreras difíciles de precisar a efectos de generalización.

3. MARCO DE ANALISIS Y RESULTADOS

3.1 PROCEDIMIENTO

La información fue obtenida de un total de 14 participantes, de los cuales 9 corresponden al género femenino y 5 al masculino, en edad promedio de 60 años, donde la edad menor fue de 46 años y la mayor de 85 años, incluidos de acuerdo con los criterios establecidos al inicio de la investigación y su deseo expreso de participación.

La realimentación de la información luego de la transcripción, se logró tan solo con un total de 10 participantes, ya que cuatro de ellos expresaron que por motivos laborales y otros compromisos, no lograron participar de una segunda entrevista.

Entre aquellos que participaron de la segunda entrevista, la cita se efectuó con 7 participantes vía telefónica, y 3 de ellos acudieron a una citación personal en la IPS para la realimentación de la información, en éstas se realizó una lectura rápida de la transcripción por parte del investigador a cada participante, para obtener confirmación de los datos obtenidos, por parte de ellos, quienes en su totalidad manifestaron aprobar su contenido y no se logró la obtención de nuevos datos.

Para lograr la descripción de las percepciones planteadas, se conservaron los siguientes pasos:

- Entrevista --- transcripción y lectura --- Interpretación --- Verificación --- Lectura y Codificación --- Interpretación --- Análisis --- Reducción de los datos --- Revisión --- Presentación.

Los pasos están vinculados entre sí de forma estructurada, pues cada paso se basa en el anterior, de igual manera se manejan en forma flexible. En cada paso se realiza una descripción de la percepción reflejada en los pensamientos, sentimientos y comportamientos encontrados en los textos, es decir, se van interpretando los datos bajo verificación constante para finalmente realizar una interpretación global de los resultados del estudio⁷⁹.

3.2 ANÁLISIS

Dado que los datos cualitativos, constituyen un rico y matizado análisis contextual, se tuvo en cuenta los siguientes términos para el análisis de la información⁸⁰, que además corresponden con la metodología de Colaizzi que fue la escogida.

- **Característica:** Un solo elemento o acontecimiento, similar en las respuestas individuales, es la unidad de análisis más pequeña.

- **Determinación de enunciados:** Establecimiento de líneas de texto, o frases completas o contextualizadas, en las cuales se encuentran las características identificadas como relevantes para el análisis.

- **Codificación:** Proceso de asignación de códigos organizados, a las líneas de texto de tal modo que identificando su procedencia, se pueda agrupar y comparar fragmentos similares o relacionados de información.

- **Categorías de codificación:** Recopilación de bloques de texto codificados de manera similar, provenientes de distintas fuentes en un solo informe.

⁷⁹ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD -OPS. USAID. Family Health International. Investigación aplicada en salud pública, Métodos cualitativos. Washington D.C.: USAID; FHI; OPS, Publicación Científica y Técnica número 614, 2006.

⁸⁰ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD -OPS. Op. Cit.

-Depuración de categorías: Revisión detallada de las categorías, los resultados de la codificación y ajuste de datos.

- Interpretación: Es la identificación y explicación del significado esencial de los datos. Implica comunicar las ideas fundamentales del estudio permaneciendo fieles a las perspectivas de los participantes y en contraste con lo descrito por la literatura.

4.3 RESULTADOS

De acuerdo con la metodología de Colaizzi se realizó, la determinación de características, o enunciados y asignación de códigos, clasificados, dentro del texto de las entrevistas, por los mismos aspectos, planteados según la guía establecida, bajos los siguientes conceptos.

-Experiencia: Forma de conocimiento o habilidad, derivada de la observación, de la vivencia de un evento o proveniente de las cosas que suceden en la vida.

-Comportamiento: Manera de proceder que tienen las personas u organismos en relación con su entorno o mundo de estímulos. El comportamiento puede ser consciente o inconsciente, voluntario o involuntario, público o privado, según las circunstancias que lo afecten.

-Opinión: Estado de creencia común que tiene una colectividad respecto a determinado asunto. Su validez lógica como verdad no se fundamenta en el grado de conocimiento sino en la participación como miembro del grupo social.

-Valores: Cualidad especial que hace que las cosas sean estimadas en sentido positivo o negativo, se puede decir que la existencia de un valor es el resultado de

la interpretación que hace el sujeto de la utilidad, deseo, importancia, interés y belleza del objeto. Es decir, la valía del objeto es en cierta medida, atribuida por un sujeto o grupo social, de acuerdo a sus propios criterios e interpretación, producto de un aprendizaje, de una experiencia, la existencia de un ideal, e incluso de la noción de un orden natural que trasciende al sujeto.

-Sentimiento: Resultado de una emoción a través del cual el consciente tiene acceso al estado anímico propio. El cauce por el cual se solventa puede ser físico y/o espiritual, forma parte de la dinámica cerebral del ser humano, que le capacita para reaccionar a los eventos de la vida diaria

-Conocimiento: Es, por una parte, el estado de quien conoce o sabe algo, y por otro lado, los contenidos sabidos o conocidos que forman parte del patrimonio cultural. Saber qué se consigue mediante la experiencia personal, la observación o el estudio. Por extensión, suele llamarse también "conocimiento" a todo lo que un individuo o una sociedad dados considera sabido o conocido. En este sentido, se diría, por ejemplo, que la existencia de duendes era concebida en otra época, incluso si, desde el punto de vista actual, estas creencias son infundadas y no constituyen propiamente conocimientos.

4.3.1 Surgimiento de categorías

A continuación, se presentan las 16 categorías surgidas en el análisis de la investigación, de acuerdo con la metodología presentada, para lo cual, se realizó la agrupación de estas a partir de la transcripción y determinación de enunciados, para cada entrevista, de acuerdo con los aspectos mencionados en la preparación de la entrevista semiestructurada:

Aspectos: Experiencia y comportamiento

1. Asistencia por impacto ante surgimiento de enfermedad.
2. Asistencia por estímulo e invitación de otros.
3. Asistencia por percepción de autoridad médica sobre estado de salud.
4. Entrega de la responsabilidad del cuidado de la salud propia a otros.
5. Toma de conciencia.

Sentimientos.

6. Temor a incapacidad, disminución o pérdida de la funcionalidad.
7. Bienestar social
8. Relación con el entorno familiar

Conocimientos.

9. Asistencia sentida como obligación del sistema de salud.
10. Adquisición de conocimientos
11. Adquisición de conocimientos de otros no personal de salud
12. Translocación de las actividades
13. Percepción de desorden y poca preparación para realizar actividades de educación en salud.

Opinión y Valores.

14. Bienestar Personal
15. No encuentro de cercanía, ni relación con información o actividades propuestas.
16. No encuentro de beneficios en actividades.

4.3.2 Descripción de la percepción de las actividades de educación para la salud por un grupo de personas asistentes a programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad cardiovascular

Teniendo en cuenta la validación y síntesis de las expresiones manifestadas por los participantes de la investigación, e integrando las observaciones de la investigadora, se realiza la siguiente descripción del fenómeno de interés en las 16 categorías agrupadas en los aspectos ya mencionados y analizadas bajo la luz de la literatura.

1. Asistencia por impacto ante surgimiento de enfermedad

1,A,a - Hasta que se me subió el colesterol y la tensión es que conocí de estos grupos...

2,A,a – Claro desde que me hipertense... (Ante pregunta relacionada con el inicio de la asistencia a las actividades).

3,A,a – Desde que me dio la subida de la presión y me resultaron el colesterol, los triglicéridos y hasta el azúcar se me quiso subir (Ante pregunta relacionada con el inicio de la asistencia a las actividades)

En esta categoría se describe cómo la experiencia de la modificación del “auto-concepto” de salud, y la consecuente “aceptación” del nuevo estado de “sentirse enfermo”, se convierte en una importante razón para iniciar la asistencia a las actividades de educación para la salud; se encuentra como este impacto que generó la “aparición” de la enfermedad, crea la toma de decisión hacia la asistencia regular en este tipo de actividades, sin que ello muestre la búsqueda y participación consiente en alternativas para enfocarse de manera comprometida en lograr el cuidado de la salud.

Respecto de lo según estudio de Granados⁸¹ en el que se analizó el impacto de las creencias sobre la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos, en éste se afirma que sí existe una gran influencia sobre el comportamiento y la salud en las personas, de acuerdo con sus percepciones y creencias, así como lo que sienten o se manifiesta de la enfermedad en su propio cuerpo, transformando esto en un indicador propio que hace que las personas se adhieran o no al tratamiento, de manera que según lo encontrado en esta categoría, se podría decir que la importancia de la enfermedad y/o su tratamiento dependen en gran manera de la influencia de los síntomas de la misma en la vida diaria.

2. Asistencia por estímulo e invitación de otros

4,A,b – Pues yo llevo años con la tensión alta, pero finalmente me toco iniciar porque mi doctor me insistió.

11,A,a – Realmente el médico por mis antecedentes, me aconsejó empezar asistir a estas actividades para mejorarme y llevar mis controles y así evitar complicaciones más adelante.

2,A,d – Después del día que me vi mal, me animé asistir, de pensar en mis hijos y mi familia.

6,A,b – Sí claro, de todos modos uno piensa en la familia ... por eso principalmente hay que cuidarse, hay que cuidarse...

Para esta categoría, la toma de decisión respecto al inicio de acciones para lograr el cuidado de la salud en forma consciente y comprometida, asistiendo a las actividades de educación para la salud, se relaciona directamente con el valor que tienen o la influencia que ejercen otros, personas significativas, como lo son la familia o el personal de salud, se evidencia entonces, como no es suficiente para

⁸¹ GRANADOS, G. Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión. En: International Journal of clinical and health psychology.2007.Volumen 7 No 3.

la persona sentirse enferma, sino que la persona además necesita ser “estimulada” por su entorno, para reconsiderar su concepto de bienestar, y comprometerse con la toma de decisiones al respecto a su salud, de modo que se podría decir que para estos su compromiso con el inicio o cambio de hábitos, tiene base en las significancias, valores y niveles de relación, o cercanía con los otros cercanos o inmersos en su ambiente.

3. Asistencia por percepción de autoridad médica sobre estado de salud

4,B,a – Solo asisto a los talleres que me manda mi médico.

4,D,b – Yo procuro hacer, lo que mi médico me manda

7,A,a – El médico fue el que me mandó...

8,A,a – A las Charlas fue el médico el que me mandó.

10,C,b – Nosotros hacemos todo lo que los doctores nos mandan.

13,B,a – Lo que nos manda el Dr., porque a veces así no más da pereza venir por aquí.

6,B,b – Pena si me da que me vayan a decir que por no cumplir, tengo la tensión mal, o algo así, ni sardino que uno fuera para no hacer las cosas, que pena.

Se agrupan en esta categoría las descripciones de participantes que asisten regularmente a las actividades manifestando que mantener su salud no es cosa propia, sino “del médico”; por tanto, las acciones que realizan son por seguimiento estricto de la indicación impartida por éste, a diferencia de la categoría anterior, con las indicaciones del personal de salud, no se logra la obtención de un estímulo para iniciar la participación consiente en su cuidado o la obtención de un objetivo propio para la participación en las actividades, por lo tanto, no se produce entonces la toma de decisión sino que es esto visto, como el cumplimiento; un “juicioso, puntual” seguimiento de indicaciones, implica ello también, la consideración de un juicio de la otra persona sobre sí mismo y, por tanto, es éste

el factor regulador de la participación en la actividad y ante ello el desarrollo del cumplimiento de las indicaciones que en su concepto sean las que proveen la mejoría del estado de salud de sí mismos.

Contrario a lo que se describe en el estudio de Vargas⁸², donde “la experiencia de modificar positivamente factores de riesgo cardiovascular” se afirma como, la percepción de autocontrol, es éste un elemento vital en los cambios de hábitos o conductas de riesgo, ya que le permite a los individuos hacerse responsables de su propia situación... por tanto, las acciones emprendidas por enfermería, deben dirigirse al fortalecimiento del control de conductas... reafirma cómo la autodeterminación entendida como autocontrol es uno de los aspectos fundamentales que enfermería debe considerar en la búsqueda de la dignificación de los seres humanos, y como generador de cambio.

4. Responsabilidad del cuidado de la salud propia a otros.

2,B,a – Las jefes son más estrictas con lo que le mandan a uno hacer y no hacer.

14,D,c – Además nos regañan cuando faltamos.

6,c,d – Tomo las medicinas como me las mandan... no como lo que no nos mandan, cumplo lo que dicen en las charlas para mantenerme controlada.

10,B,c – Es mi hija la mayor la que está pendiente de todas mis cosas.

11,C,b – Mi señora es muy organizada ella se sabe todas mis cosas, está muy pendiente y me cuida como nos dicen.

14,D,a – La señorita está pendiente y nos organiza todo, ella nos da todo y sabe qué hacemos.

⁸² VARGAS ROSERO, Elizabeth y DÍAZ HEREDIA, Luz Patricia. La experiencia de modificar positivamente los factores de riesgo cardiovascular. Tesis. Maestría en Enfermería: Énfasis en el cuidado en la salud cardiovascular. Facultad de Enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 2005.

1,B,a – Me gusta porque de todos modos nos hacen hacer un poquito de ejercicio, y de todos modos nos mantienen activos y eso es bueno, no.

5,C,b, - Esto es bueno, aquí si nos ponen a hacer las cosas.

5,D,b – Gracias por esto porque es muy importante que ustedes estén aquí para compartir y cuidarnos.

1,C,a - Mi salud está bien, gracias a Dios.

2,D,a – De todos modos, yo me siento más seguro cuando es el médico quien me confirma y me prohíbe o me autoriza lo que se puede hacer.

2,E,a – Es que la reunión de todos es buena pero me siento más seguro de las cosas con el trato directo con la jefe y no así tan general.

2,E,c – Con esto se siente uno bien porque siente que se preocupan realmente por la salud de uno.

12,B,d – A mi me motiva a venir, el miedo pensar que por no venir, ni hacer lo que nos dicen un día este uno bien mal...

En esta categoría se encuentra una participación pasiva en las actividades de educación para el cuidado de la salud. En primer lugar se observa cómo el papel del profesional de enfermería y de otros miembros del equipo de salud, se relacionan con posturas marcadamente restrictivas, casi impositivas, por cuanto de acuerdo con las expresiones, no se apoyan los procesos de cambio hacia hábitos protectores de salud, sino que se dicta, la realización de actividades para la vida diaria, no se logra propiciar la argumentación y comprensión de sus acciones; lo que revela a la persona participante de las actividades, en desequilibrio con la capacidad de autocuidado, demostrando un estado de limitación, o dependencia del grupo familiar, se identifican inconscientemente, como no capaces de hacerse cargo de sí mismos, no logran ejercer autocuidado, o es este entonces, incompleto o ineficaz.

El estudio de Rivera⁸³ “Relación entre la capacidad de agencia de auto-cuidado y los factores de riesgo cardiovascular...”, encontró cómo un gran porcentaje de los participantes en el estudio, el 53 %, tiene deficiente capacidad para comprometerse, en la creación de programas que promuevan el auto-cuidado en las personas, por otro lado Vanegas⁸⁴ explica cómo frecuentemente se emplean diferentes métodos de enseñar... y cómo para optimizar la efectividad de la enseñanza, es necesario personalizar, ajustar y adaptar ello a las necesidades y características de cada paciente, de manera que se propicie una participación activa y se evite así un manejo del grupo en un modo autoritario, de manera que el terapeuta no sea quien termine controlando completamente el contenido y la dirección del proceso, sino que logre una conducción flexible.

5. Toma de conciencia.

1,B,c - Es que yo ya aprendí, qué pasa si se me olvidan los medicamentos...

1,C,b - Yo no le encuentro dificultad porque sé que es así y lo practico en mi casa.

2,C,b - Yo lo hago, pero a mí el ejercicio, ese si me da pereza.

2,B,a – Ya hasta la bebida y el cigarrillo dejé un pocotón.

4,B,a - Yo estaba acostumbrada a la comidita buena, pero ahora toca...

4,D,c - Yo ya lo he notado, cuando no hago lo que me toca, es cuando más mala se me pone la tensión.

1,B,a – Yo me cuido bastante

5,C,b – Nos cuidamos mucho, nos mantenemos, activos, nunca hemos estado acostumbrados a comer mal

⁸³ RIVERA ÁLVAREZ, Luz Nelly. Relación entre la capacidad de agencia de auto-cuidado y los factores de riesgo cardiovascular: obesidad y sedentarismo en personas con hipertensión arterial. Trabajo de grado, Magister en enfermería con énfasis en cuidado para la salud cardiovascular. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de enfermería, 2006.

⁸⁴ VANEGAS G. Educación del paciente y la familia en un programa de rehabilitación pulmonar, Neira impresores y cía. Ltda. Santafé de Bogotá. Capitulo 10, 1993.

7,E,a – Igual yo creo que todo es como la voluntad de cada uno para hacer las cosas.

A través de estas expresiones, las personas muestran cómo a partir de la participación en las actividades de educación para el cuidado de la salud, lograron apropiarse y comprender la importancia del autocuidado, lo que generó cambios en los hábitos y consecuentemente, apropiación del cuidado y mantenimiento de su salud, hay evidencia de procesos de toma de decisión; que parte de una motivación para iniciar la asistencia, permanecer en las actividades y desarrollar en la vida diaria los conocimientos adquiridos lo que conduce al cambio de hábitos positivos para el cuidado de la salud, independiente de gustos, tradición o apoyo de su entorno. Estas expresiones se acercan de forma concreta a los objetivos de la educación para la salud, dan cuenta de un proceso de impacto, comprensión, interiorización y cambio sostenido, existe de manera más visible, un compromiso y relevancia de calidad de vida con el consecuente mejoramiento del estado de salud.

En el estudio de Vargas, se afirma que las personas que logran modificaciones positivas de sus factores de riesgo, identifican plenamente y para sí mismos las razones que les llevan a la intención de cambio, así como las posibilidades que tiene ante el mismo, lo cual les permite asumir un compromiso de cambio y tomar la decisión de cambio en forma voluntaria y radical, en tanto en el estudio de Espitia, se afirma que al hablar de percepciones y creencias y cómo éstas influyen en la adopción de un hábito, los participantes refieren al gusto como influencia directa, en la toma de decisión... de esta manera, es determinante para el profesional de salud conocer realmente los intereses de las personas para no pasarlos por alto y de esta manera tener un verdadero impacto en la educación.

6. Temor a incapacidad, disminución o pérdida de la capacidad funcional

- 1,D,c – Sé que es por mi bien , por mi salud, que esto es bueno.
- 2,C, b – Por mi salud lo hago, vendré de por vida, porque que más.
- 3,A,c – Sí claro, por la sola salud hay que hacer el esfuerzo por venir aquí.
- 3,C,a – Yo vengo para seguir afortunadamente teniendo mi salud y poder hacer mis cosas que es lo realmente importante
- 4, C,d – Yo me obligo a darme en medio de todo ese tiempito para venir por la salud que finalmente es lo más importante.
- 5,A,a – Lo que sea para la salud hay que cumplirlo.
- 7,E,a – Es que a esta edad lo que uno busca, es hacer cosas que nos mantengan bien, y estar mejor que al principio.
- 1,A,c – Yo me siento bien desde que pueda hacer mis cosas, a mi no me gusta vivir quejándome de una cosa y otra eso sí me hace sentir mal, es muy triste pensar en que por uno mismo ya no pudiera, ni casi que comer nada, o estar limitado, que miedo, aquí aprendí eso.

En esta categoría, los individuos reconocen las actividades de educación para la salud como importantes por cuanto reconocen la asistencia a estas como una opción para aminorar las posibilidades de incapacidad física, disminución de la funcionalidad, se busca la recuperación de destrezas en este sentido, no se logra evidenciar una manera consciente de pertenencia a las actividades en mejora de condiciones y calidad o hacia el cambio de hábitos de vida, sino de procurar un satisfactorio grado de funcionalidad, se observa nuevamente una conducta de cumplimiento, y se convierte esta capacidad física únicamente como la de mayor valor en el concepto de salud y calidad de vida, propia y para su grupo familiar.

De acuerdo con la teoría de la acción razonada⁸⁵, las categorías que indican asistencia por impacto ante surgimiento de enfermedad, estímulo e invitación de otros, percepción de autoridad médica sobre estado de salud, temor a incapacidad, disminución o pérdida de la funcionalidad, corresponden al deseo de la persona para prevenir enfermedades, o al ánimo de aumentar un mayor nivel de bienestar, expone que el mayor componente en el cambio es el intento motivado que las personas hacen por ello, explica que una persona es más prometedora en el establecimiento de un comportamiento, cuando desean los resultados se esté, de igual manera el modelo de creencias en salud, incorpora el miedo o temor que causa la enfermedad en las personas, como motivante para actuar a favor de la salud.

7. Bienestar Social

1,B,a – Yo vivo contenta, tranquila, feliz, porque haciendo la mayoría de las cosas que nos enseñan, tengo mi salud y puedo hacer mis cosas.

3.D,b – Es muy rico venir aquí, es muy momento en que se siente uno feliz, activo.

4,D,d –Lo mejor es que aquí se conoce gente y el rato que viene uno es agradable.

4,D,d, - Es un rato para uno mismo, se pasa rico, se aprende.

5,E,a, - Es que aquí sobre todo, nos sentimos rico, nos des estresamos, compartimos.

6,D,a – Aquí hasta se hacen amigos y se extraña y lo extrañan a uno porque nos vamos conociendo, cada que venimos.

7,C,e – Es muy rico venir, Yo me siento feliz cuando asisto a este tipo de actividades, es que uno viene aquí a compartir.

10.D.a – Lo que más me gusta es que aquí hacemos ejercicio, sale uno como prendido.

⁸⁵ COOK MECULLAG, Marjorie. Promoción de la salud, modelos y teorías de enfermería (2004).

13,C,B – Es rico venir, me gusta, me genera seguridad, uno definitivamente se distrae mucho, la pasa rico y piensa en uno, en su salud ... me siento bien.

14,C,a – Cuidarse en compañía si que ayuda a sentirse bien.

14,C,b – La señorita nos hace sentir muy bien, como útiles, como con más valor.

6,D,d – Lo más importante que he aprendido hacer lo más importante que el médico y la enfermera más repitan, eso es como lo más débil en general que todos hacemos ... aunque tampoco tan exacto.

Es esta categoría la de mayor repetición y recopilación de expresiones, para la mayoría de los participantes ya que consideran, como la razón más importante o dominante sentida en las actividades de educación para la salud, ya que son la posibilidad de establecimiento de relaciones fuera del entorno familiar, la consecución de compañía, obtención de reconocimiento y sentido de pertenencia con el grupo, igualmente se acompaña de la mayor cantidad de sentimientos positivos, hacia sí mismo, su salud y entorno, lo que se refleja en su alta asistencia e interés por la participación en actividades de educación en salud

Otro grupo de las percepciones encontradas, tienen que ver con la identificación de beneficios, en diferentes niveles de la vida, tanto de modo personal, como colectivo, estas situaciones mayoritariamente implican sentimientos y acciones positivas, que conllevan a procesos de toma de decisión, respecto de si mismos, su familia y comunidad, para el cuidado de la salud.

Dentro de este grupo de percepción de beneficios, existe en la mayoría de las personas una motivación relacionada con la actividad social, encuentran los participantes en las actividades de educación para la salud, espacios para el establecimiento de relaciones fuera del entorno familiar, manifiestan necesidades allí satisfechas de compañía, distracción, ocupación del tiempo y obtención de reconocimiento como se social, entre otros.

La categoría denominada como de bienestar social, se reafirma respecto de lo que Cuitiva⁸⁶ afirma que dentro de las motivaciones que poseen las personas para la realización de actividad física, se encuentran aspectos sociales como el gregarismo, la organización del grupo y el reconocimiento de otros, en cuanto a la permanencia en las actividades por percepción de bienestar personal, y la percepción de tras locación de las actividades, Espitia⁸⁷ afirma como la interacción con el entorno (hablando de relaciones humanas vividas y espacios compartidos) van a ejercer influencia directa en los comportamientos de la persona a lo largo de la vida.

8. Relación con el entorno familiar.

1,B,a – En mi casa es difícil, imagínese, usted ponerse a preparar (alimentos), diferente para uno solo.

6,D,a – De lo que nos enseñan, muchas cosas ya las sabía o me las habían dicho, no solo aquí, lo que pasa es que en la casa se necesita colaboración y a veces poner a todos, en el mismo cuento es difícil

7,E,a – Todo lo que he aprendido, se lo cuento y procuramos hacer en familia.

Estas expresiones de los participantes muestran, las confrontaciones generadas por algunos participantes respecto de lo que reciben en las actividades de educación para la salud y el apoyo familiar con que cuenta, para algunos casos resulta negativo, pues el entorno familiar se encuentra disociado del aprendizaje

⁸⁶ CUITIVA MORENO, Maritza Vianeth. Nivel de actividad física y motivos que llevan a un grupo de adultos de la unidad básica de atención Ramajal de Bogotá a practicarla. Tesis para optar el Título de magíster en enfermería con énfasis en el cuidado para salud cardiovascular. Facultad de Enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2001.

⁸⁷ ESPITIA CRUZ, Sonia Esperanza. Percepciones y creencias relacionadas con el cambio de hábitos de vida de un grupo de personas que padecieron un evento coronario agudo. Trabajo de grado, Magister en enfermería con énfasis en cuidado para la salud cardiovascular. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de enfermería, 2009.

obtenido acerca de la modificación de conductas y no cuentan con elementos que permitan la integración y aplicación de ello al contexto familiar por lo que resulta que el entorno familiar no logra generar conductas protectoras.

Al contrario, en algunos otros casos la relación es positiva, por cuanto estimula a practicar lo aprendido, para sí mismo y para los demás miembros de la familiar. En relación con el estudio de Vargas, donde se plantea cómo el cuidado enfermería realizado para apoyar a los individuos, (en este caso las actividades de educación para la salud) que deseen modificar conductas de riesgo debe tener en cuenta a las personas significativas en la vida de estos como parte del todo en que se desenvuelven, de modo que puedan ser consideradas como un detonador motivacional, al vincularse en su objetivo de cambio.

En los datos se encuentra para algunas de las personas como objetivo poner en práctica, los conocimientos recibidos con el entorno familiar, de manera que se puede afirmar que estos mismos identifican la necesidad de vincular de manera efectiva a su familia, como estrategia de generación de conductas protectoras para la salud.

9. Asistencia sentida como obligación del sistema de salud

1,B,a – Yo aquí cumplo, como soy del programa de hipertensos...pero más que todo voy es a mi grupo (comunitario), porque es que ahí sí nos vemos más seguido.

2,B,a – Uno sabe que le toca, por el cartón y entonces ya se programa uno para asistir.

2,B,b – Yo soy muy cumplido y sé que me toca venir al control, y cumplir con la firma de la asistencia.

3,B,a – Yo soy muy cumplida con todas mis citas, así no tengo problemas para programarlas después.

5,A,a – Mas que todo yo vengo es por lo de mis medicamentos...

7,C,b – Sobre todo sé que tengo que venir, sobre todo cuando lo necesito, así por algo puntual.

9,A,b – Yo asisto aquí cumplidito, toca para presentar el carné y la firma...

La asistencia a las actividades de educación para el cuidado de la salud, en esta categoría se identifica o es vista por los participantes como una obligación, o requisito del sistema de salud, se encuentra entonces total desconocimiento de esto; mencionan en sus relatos, cómo relacionan los procesos que se llevan en cada actividad como de: organización, control de asistencia, registros de participación y acciones similares, como el objetivo principal de éstas, así como la auto identificación de características propias relacionadas con puntualidad, orden y cumplimiento, como los que los hacen “merecedores” de estas actividades y como parte de ellos son un medio para acceder de acuerdo con su concepto a las verdaderas actividades que proporcionan las herramientas para el cuidado de la salud y que ellos mencionan; como los son, administración de medicamentos, registros de constantes vitales, y modificaciones en la talla y el peso, la consecución de citas medicas, y conocimiento de la posibilidad de acceso a otros servicios o niveles de atención, no hay equivalencia de valor en el cuidado de salud, para las actividades de educación para la salud con los demás servicios de asistencia, sino que se interpreta como un requisito para el acceso a estos.

Las primeras percepciones construidas y expresadas por los participantes luego de la asistencia a actividades de educación para la salud cardiovascular, se relacionan con las influencias y juicios propios o considerados por sí mismo de los

“otros” para la asistencia y permanencia en las actividades programadas por su IPS, de ello se destaca, cómo en situaciones relacionadas con cambios no conscientes para la mayoría de ellos, en aspectos como su autoimagen y auto concepto, o de valores relacionados con su calidad de vida y generados por fluctuaciones en sus procesos salud-enfermedad, buscan ser resueltos con la asistencia a las actividades de educación para la salud, en estas categorías, se identifica el predominio de una asunción de posturas del personal de salud en términos de restricción e imposición para la atención de las necesidades de cuidado identificadas en los participantes, estos a su vez responden con posturas pasivas o desequilibradas frente a su auto cuidado por lo cual mantienen influencia y dependencia de otros para generar conductas de cuidado de la salud.

Adicionalmente se identifica cómo estos estímulos no logran una participación consiente en ello, sino que se equiparan estas conductas así como la importancia de las actividades de educación para la salud, simplemente como actos de cumplimiento.

10. Adquisición de conocimientos

1,B,a – Lo mejor que me han dado es que he aprendido primordialmente a conocer mis medicamentos, a saber de ellos, como si y no tomarlos, eso es lo que más nos han enseñado.

1,C, a –Si yo he aprendido, porque muchas cosas las he podido practicar en mi casa.

1,D,a – La enfermera nos va enseñando de todo un poco y como con el Dr., la consulta es uno solo, pues hay trata uno de resolver algunas dudas más importantes.

2,B,b – Yo he aprendido es que primero hay que tomarse la droga como es y también procurar cuidarse con el resto de las cosas obvias que uno ya sabe.

2, B,d – Con lo que le va oyendo uno, se va aprendiendo uno a manejarse, lo importante es no dar tiempo a la aparición de otras cosas mas graves.

2,E,a – Me ha gustado saber de los efectos de las cosas y los medicamentos, que me dan.

3,B,b - Yo me mantengo pendiente de cómo estoy, y sé hasta cuando me puedo descuidar, yo creo que ya se me cuidar con las cositas que uno va oyendo en las charlas.

3,B,c – Lo más importante que he aprendido, es que todo lo que uno hace le ayuda o no a mantener o no bien la salud.

5,C,b – Yo sé que he aprendido porque he mantenido la tensión controlada.

8,C,c – En general, yo creo que algunas cosas ya uno las sabe o ha conocido desde siempre, no es que sea todo nuevo para uno, lo que pasa es que este espacio le ayuda a uno es a pensar y compartir como poner en práctica las cosas que uno ya sabe y así de verdad si ir cambiando poco a poco.

9,B,c –Lo que realmente he aprendido es hacer mis ejercicios y eso me doy cuenta que como nos dicen lo mantiene a uno bien, hasta mentalmente.

10,A,d - Lo que más he aprendido es la importancia del ejercicio y en mi casa lo hago como aquí nos enseñan porque aquí siempre eso si nos hacen aunque sea un rato de ejercicio y lo hacemos casi siempre en diferentes formas, entonces no da pereza.

11,D,b – Puedo saber que he cambiado porque haciendo lo que he aprendido, aunque ha sido difícil he bajado 15 kilos, y como en mi casa ya lo vieron ahora es más fácil porque yo les cuento lo que aprendo y algunos también han cambiado cositas y por supuesto que en general estamos mejor, si hasta el médico nos lo dice.

En esta categoría se muestra como hecho fundamental, la adquisición de conocimientos con la finalidad de permitir en algunos casos la confrontación de estos nuevos datos, con sus percepciones de salud y con ello la modificación o no hacia hábitos saludables; aunque algunas personas tiene la necesidad de conocimientos en tan solo algunos aspectos por lo cual se centran en los temas, de medicamentos y la realización de ejercicio, considerando a estos, como principales factores protectores en contra de la enfermedad.

En relación a ello el estudio de González y otros⁸⁸, “aplicación de la escala europea de auto-cuidado...” afirma que Instruir, mejora el comportamiento de los pacientes con enfermedad cardíaca. Éste es uno de los principales propósitos de la labor educativa... un mayor grado de auto-cuidado, en los pacientes con mayor tiempo de seguimiento en la unidad, probablemente debido al esfuerzo educativo de enfermería.

11. Adquisición de Conocimiento de otros, no personal de salud

3,B,b - Con los compañeros también aprendo, y se que todo extremo es vicioso, hay que mediar uno tiene que saber equilibrar lo que uno sabe con lo que le dicen.
9,D,a – La diferencia con venir aquí de lo que yo sabía, es que oyendo a la señorita y a los compañeros de lo que le cuentan a uno en algunas cosas se aprende, cómo y en qué forma si puede uno poner en práctica, las cosas que nos enseñan, cosas, sobre todo que de la alimentación y el ejercicio que hacemos.

⁸⁸ GONZALEZ , B . Y Otros. Aplicación de la escala europea de auto-cuidado en insuficiencia cardíaca (EHFScBS) en una unidad de insuficiencia cardíaca en España. Badalona Barcelona. España, 2006.

En la participación de las actividades de educación para la salud, los asistentes encuentran con sus relaciones, cercanía y beneficios de un conocimiento popular o tradicional, respecto a prácticas, sobre el cuidado de la salud, establecen relaciones y puntos de encuentro al considerar validos y efectivos estos conocimientos por cuanto se ratifican con sus pares, en los factores socio-económicos y culturales. Se establece por ellos como un sistema de apoyo.

Por tanto se puede decir que se han identificado dos perspectivas, una de ellas depende de la información recibida por el participante así como de la actividad y expectativas frente la construcción de su compromiso con el cuidado de la salud; la segunda da gran relevancia a el conocimiento popular o natural se enmarca en las características de su entorno, pero sin lograr conciliación entre las actividades de educación para la salud y estas prácticas tradicionales, lo que impide el establecimiento de un equilibrio beneficioso para los participantes entre estas, no se logra la construcción de un sistema de apoyo.

De acuerdo con Riopelle y otros en el texto sobre la aplicación del proceso enseñanza aprendizaje,⁸⁹ afirman que regularmente en los grupos de personas, se conceden mucho mayor valor a la información obtenida dentro del grupo, que a la suministrada desde arriba por tanto, el alumno debe llegar a hacer suya la actividad de aprendizaje, y el educador debe jugar el papel de facilitador del aprendizaje

12. Percepción de translocacion de las actividades.

5,E,b – Me gusta que nos enseñaran más de otras cosas... saber qué hacer en otros casos en que la enfermedad sea más grave, cómo actuar.

⁸⁹ RIOPELLE, Lise; GRONDIN, Louise y PHANEUF, Margot. Cuidados de Enfermería: Aplicación del proceso enseñanza aprendizaje. Madrid: Interamericana - McGraw Hill, 1993.

10,E,a – Es que esto debería ser más, porque para todo lo que hay que aprender, lo que falta es tiempo y espacio.

13,B,c – Es que lo bueno es que de lo que uno aprende se puede enseñar a los demás también.

10,b, a, - Yo sé que estas cosas son de beneficio para mí y para mi familia.

8,C,b – Sobre todo lo que he aprendido, me ha servido es para cuidar a mi familia.

Esta categoría se relaciona con la capacidad de transmisión a otros de la información que se adquiere, está determinada por la capacidad de repetición, de memorización y aprendizaje de conceptos con el objetivo de duplicación o transmisión a los demás (entorno) de los conocimientos, es entonces concedido el valor o importancia a las actividades de educación en referencia al cuidado de los otros, así que se convierte para sí mismo en estímulo al verse como ejemplo, o referencia positiva en cuanto a calidad de vida en su entorno.

Se encuentra cómo para algunos de los participantes, es de gran importancia lograr no solo aplicar o poner en práctica los conocimientos adquiridos sino lograr transmitirlos, esto demuestra un sentido de responsabilidad pues compromete a la persona con “el cuidado de la salud”, esto se refuerza con la obtención de resultados visibles para sí mismos y para su entorno, ya no existe simplemente la idea de asistencia sino que implica una mentalidad de participación y exigencia pues existe autoevaluación, retroalimentación y confrontación de los procesos. Hay demanda en las actividades.

13. Percepción desorden y poca preparación para realizar actividades de educación en salud

1,D, e – Es que somos muchos...y eso se ve muy desordenado.

2,E,d – Antes esa pobre señorita para tantos, y todos en desorden.

6,E,a – Es mejor cuando llegamos más poquitos.

1,D,a – Es que ir a mi grupo es mejor, la asistencia es más regular, llevamos todos un ritmo, un orden y todo es como más coordinado, y adecuado para los que allí asistimos.

7,D,c – Los ejercicios y en general las cosas deberían ser como más específicos para cada uno y así si nos mejoraríamos más.

8,E,a – Es que esto para ser mejor debería ser, más ágil, como que se avanzara y rindiera más.

9,D,a - A mí cuando me gusta venir, es que cuando nos enseñan cosas diferentes, nuevas, que no tengan que ver tanto con los mismos medicamentos, ni con dietas tan restrictivas, ni que nos pongan casi que a saltar como locos.

11,C,a – Yo veo a veces que esto, está enfocado, solo para viejitos y enfermos, bien enfermos ... esto debería ser para todos y lo que deberían era enseñar desde antes, cosa que uno se aprenda a cuidar bien desde joven y no llegar a esta edad ya resabiados, disque ahora así aprender a cuidarse, conque uno toda la vida entonces ha hecho mal.

12,C,b – Le soy sincero, esto está bien, pero es un poquito desordenado, no siempre estamos los mismos y por eso a veces tiene que repetir algunas cosas mucho, se vuelve poco el tiempo y no hay continuidad.

En esta categoría las apreciaciones, se centran en la estructura, planeación y desarrollo de las actividades de educación para la salud, se encuentran expresiones de inconformidad relacionadas con la necesidad de individualidad, espacio, disposición, continuidad y preparación de las actividades de educación para la salud por parte del personal de enfermería, se percibe como propio del sistema de salud, inconsistencias de oferta-demanda, cobertura y propiciación de asistencia de cumplimiento, sin compromiso. Existe en estas sensaciones a partir de las actividades, un nivel de exigencia, auto-reflexión, e identidad con el cuidado de la salud.

Finalmente, se encuentran opiniones respecto al desarrollo de las actividades de educación para la salud, donde manifiestan molestias en diferentes niveles, hay críticas para sí mismos, referentes a la calidad de su participación y la manera de cómo ésta afecta el desarrollo de las actividades, de igual manera, cuestionan las condiciones en que son ofrecidas las actividades, perciben baja preparación tanto organizacional como de conocimientos en ellas, algunas inconscientemente hacen críticas al modo de oferta-demanda, no atribuible al personal de salud que lo realiza sino indirectamente al sistema de salud en sí.

La categoría percepción-desorden y poca preparación para realizar actividades de educación arrojada por este estudio se puede contrastar con los datos de la investigación realizada por Velosa, donde ella encuentra cómo a mayor percepción de los trabajadores entrevistados acerca del capacitador como experto, en cuanto al manejo de los temas de salud desarrollados... y menor percepción como inexperto, se logra una mayor regularidad en la participación... también encuentra como importante factor de motivación, para la asistencia a las capacitaciones ofrecidas, elementos como la disponibilidad de tiempo, diseño, espacio, infraestructura y desarrollo de los programas de educación, habla Velosa también en su estudio de la importancia como factor motivacional de la percepción que tienen los trabajadores de las ayudas audiovisuales y como todos estos parámetros pueden fortalecer o debilitar el desarrollo del proceso educativo en salud.

14. Permanencia en las actividades por percepción de bienestar personal.

7,B,a – Esto me ha ayudado para estar mucho mejor, es un ambiente diferente, me ayuda a cuidarme.

11,C,b – Al principio fue difícil, pensé que no iba a poder acostumbrarme, cuando empecé a bajar Kilos me animé...

4,B,a – Ahora hacer el ejercicio... diario... es casi como bañarme los dientes.

8,D,c – Por momentos, durante el día, me voy acordando de las cosas que me han enseñado y lo voy tratando de hacer, poco a poco.

9,E,c – No, para mí esto sí es lo mejor, porque de antes yo si estoy mejor esto es muy bueno, es que antes a esta edad ya que salud y que nos ayuden a tener raticos para estar mucho mejor...

6,D,a - Pues la tensión es la que no quiere estar bien, pero yo sigo viniendo porque me siento bien y puedo hacer todas mis cosas que para mí es lo más importante.

14,D,d – Cuando se viene más se siente mejor y realmente se aprende más.

11,B,c, - Cuando vengo y me dicen que estoy bien y yo mismo verme bien mejorando, me hace sentir mucho mejor.

En esta categoría, se encuentra predominantemente que las expresiones de los participantes no pertenecen únicamente a una motivación, o estímulo que les conduce a ser parte de las actividades, sino que demuestran compromiso con la asistencia a las actividades y con una participación comprometida consigo mismos, gracias a la obtención de resultados. Se encuentra en los participantes, el logro de profundidad y significancia personal de los conceptos adquiridos, hay autoevaluación, retroalimentación y confrontación de los procesos con el personal de salud y es esta la conducta que produce demanda de las actividades de educación en salud.

15. No encuentro de cercanía ni relación con información o actividades propuestas

1,B,a – Esas dietas tan estrictas si, no, eso no se puede cumplir, ... antes se enferma uno más.

1,B,b – Ya tan viejo, cambiar lo que ha sido toda la vida, ... es casi imposible aprender a no hacer algunas cosas, yo no he podido.

3,D,a - Cuando me dio la ulcera fue porque me puse hacer caso de todo lo que me decían tan estricto, al principio.

8,C,d – En general para la vida diaria, todo lo que aquí muestran casi nunca se logra, como no es costumbre general, las cosas que aquí nos muestran para mí son una guía, pero realmente nuestras costumbres son muy diferentes...

2,C,c – De todos modos uno no puede hacer todo lo que le mandan y yo que uno debe es medir las cosas y ponerle lógica, eso es más importante.

1B,c – Pues de la alimentación si nos han dicho mucho, pero, no sé ... ahí sí tengo mis diferencias...

4,B,a – Yo he ido aprendiendo de todo un poco, y siempre uno sabe más o menos qué hacer y cuidarse, lo que pasa es que eso si es muy difícil de verdad cumplir.

4,C,b – Por ejemplo aquí nos dan ideas, pero si ponen una dieta así como muy especial, que uno ni está acostumbrado a comprar ni comer, eso es imposible por una y otra razón como le digo, cumplir uno ya sabe que no, se toman son como ideítas más pequeñas.

Frente a las actividades de educación para el cuidado de la salud, en esta categoría, se agrupa de acuerdo con las expresiones de los participantes, un concepto de baja efectividad de éstas, los participantes experimentan limitaciones en diferentes aspectos en su vida diaria, para actuar de acuerdo con la información obtenida en las actividades, lo que no genera motivación para el autocuidado ni el de los demás, no se logran establecer mecanismos para generar cambios en realidad efectivos, al evaluar contra los resultados obtenidos, se describe por el contrario como no, costo eficaces, establecen el conocimiento de recomendaciones para la prevención de enfermedades cardiovasculares, pero sin

la obtención de beneficios, identifican al aplicar conocimientos impartidos en las actividades, restricciones que deterioran su estado de salud, se muestran resultados negativos, por tanto, efectúan negociación unilateral, transformación según sus propios conceptos y creencias o las de su comunidad respecto de la información recibida.

De acuerdo con la teoría de Lenninger⁹⁰ esta categoría se puede contrastar con la convicción de que las personas de culturas diferentes pueden ofrecer información y orientar a los profesionales para recibir la clase de cuidado que desean o necesitan y de esta manera sí percibir en contrario cercanía o relación con la información, además de lograr real beneficio en el cuidado de la salud derivado de las actividades propuestas por el profesional de enfermería.

16. No encuentro de beneficios en actividades.

11,C,a No tiempo, no me queda además que tal estar pidiendo cada rato tiempo del trabajo para permisos, no estaría bien.

4,C,b - Pues generalmente repiten y repiten sobre lo mismo, los mismos temas, pero de todos modos hasta me imagino que eso es importante, porque se le debe olvidar a uno.

1,A,b – Eso el médico es solo por allá una vez al año y eso así como un chequeito y ya.

2,D,b Aunque yo creo que con los controles del médico uno tendría y ya ser juicioso para estar bien.

12, A,c – Es que a mí me gusta cuidarme, pero no me gusta venir tanto donde el médico.

⁹⁰ LEININGER, M. Cultura de los cuidados: teoría de la diversidad y de la universalidad. En: MARRINER modelos y teorías de enfermería, quinta edición, 2003.

2,D,a – Tantas cosas que hacer, con tan poco tiempo que es tan valioso, realmente no tendría más tiempo para andar cada nada por aquí.

9,B,c – Me gusta harto venir, pero de todos modos yo ya sé que soy un enfermo crónico.

Finalmente, esta categoría recoge algunas impresiones respecto de las actividades de educación para la salud, donde a pesar de la participación regular en éstas, se encuentran expresiones de insatisfacción, frente a lo recibido, la forma de comunicación establecida por la enfermera, u otro personal de salud, no transmite relevancia de sus mensajes y, por tanto, no se encuentra en ellos un proceso educativo efectivo, no perciben a partir de las actividades de educación para la salud, el encuentro o reevaluación de otros valores o conceptos que estimulen la transformación de hábitos no saludables.

En respuesta de lo anterior, se encuentran expresiones de las que surgen dos nuevas categorías, una de ellas es el no encuentro de beneficios de las actividades, en donde a pesar de la asistencia regular a ellas, existe un concepto de baja efectividad, hay insatisfacción y como ya se ha nombrado pasividad frente a lo propuesto, por tanto, no se establece un verdadero proceso educativo del cual se puedan obtener resultados, como la transformación de hábitos no saludables, una siguiente categoría, muestra como para los participantes la dificultad se relaciona con la no existencia de relación o cercanía con la información o actividades propuestas durante la educación para la salud, en contrario, manifiestan limitaciones en diferentes áreas de la vida diaria, para adoptar cambios, existe un grado de motivación que genera la iniciativa, pero no se logra a través de los conocimientos recibidos, sostener la modificación de hábitos, por el contrario se describe experiencias negativas alrededor de estos.

Según Velosa⁹¹(2001) en su estudio titulado “Factores de motivación y su influencia en la participación... capacitación en educación para la salud”, quien plantea cómo se lograría una mayor participación, en los programas ofrecidos de acuerdo con la percepción de los temas de salud desarrollados, en cuanto a si son considerados como novedosos o no, así como con la percepción de las personas en la posibilidad de lograr poner en práctica estos conocimientos.

⁹¹ VELOSA GÓMEZ, Mónica del Mar. Factores de motivación y su influencia en la participación por parte de los trabajadores de la Cámara de Comercio de Bogotá en los programas de educación para la salud. Tesis para optar al título de Magister en Enfermería con énfasis en el cuidado para la salud cardiovascular. Facultad de enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Sede Bogotá, 2001.

CONCLUSIONES

Este estudio permite reiterar que la adquisición de conocimientos, no es condición suficiente ni única para la producción de cambios en los hábitos de vida no saludables de las personas, así como tampoco para la creación de motivaciones que induzcan a realizar dichos cambios y el logro de mantenimiento en estos; por el contrario, y de acuerdo con los enunciados del aprendizaje significativo, para que las actividades de educación para la salud cardiovascular sean efectivas en la intensión de producción ~~de~~ cambios, hacia hábitos de vida saludables en las personas, requieren la consideración de múltiples variables, que mantengan un carácter multidimensional (cognitivo, afectivo, comportamental, sicomotor), además de estar determinadas por los intereses y experiencias de cada ~~individuo~~ persona.

De igual manera se puede reafirmar que la realización de actividades de educación para la salud cardiovascular, requiere que se genere discusión acerca de los conocimientos y las creencias o prácticas de salud de los sujetos del cuidado, así como espacios de reconocimiento personal o de los otros, respecto a los resultados y beneficios adquiridos (autoevaluación) durante estas actividades, con la posibilidad clara y acertada de transmisión y réplica o aplicación de estos en diferentes espacios, a fin de estimular y reforzar la iniciación y permanencia de las personas en actividades dirigidas a la enseñanza del auto-cuidado, con la consecuente producción de cambios en los hábitos dirigidos al cuidado de la salud.

Se requiere del desarrollo de actividades que promuevan la inclusión de la familia, así como la presencia del apoyo social, por ser estos donde se inician y mantienen las conductas de salud en los individuos, de manera que es ello una importante

motivación para la asistencia y participación en la actividades ofertadas y favorece la consecución, cambio y sostenimiento de hábitos de vida saludables, así como la identificación y satisfacción de necesidades de cuidado al respecto.

También se estableció cómo puede influir de manera positiva o negativa, en la participación de las actividades de educación para la salud cardiovascular y la motivación hacia el cambios en los hábitos de vida no saludables, la percepción que se tenga por parte de las personas de aspectos como la novedad, actualidad y forma de presentación y desarrollo de los temas a tratar; la experticia y manejo del capacitador, así como el ambiente y tiempo dedicado al desarrollo de estas actividades.

Se encontró que existe reconocimiento del personal de enfermería, como el principal responsable del desarrollo y seguimiento de las estrategias empleadas en las instituciones de salud, con el objetivo de inducir la generación de cambios hacia hábitos de vida más saludables, tanto a nivel grupal o comunitario como a nivel personal.

También se encontró que la implementación de actividades alrededor del concepto de educación para la salud, sigue siendo la principal herramienta en búsqueda del cambio de hábitos en general, y para que la educación para la salud sea efectiva requiere preparación e integración del equipo de salud, no solo con la persona sino con su familia o contexto.

La investigación permitió evidenciar cómo en la realización de las actividades de educación en salud, continúa prevaleciendo en la relación enfermera – paciente, una imagen de imposición y restricción, que no permite una motivación o influencia efectiva, hacia el usuario del cuidado y por el contrario ocasiona la

asunción de actitudes pasivas y con baja capacidad de compromiso respecto al cambio de hábitos de vida saludables.

Se encontró que no existe una atención integral de las personas asistentes a actividades de educación para la salud cardiovascular, por cuanto la realización de éstas, de acuerdo con la narrativa de los participantes se centra únicamente en el conocimiento y manejo primario de factores de riesgo denominados como modificables, sin la participación activa de la familia o la integración de su entorno.

No se encontró, la inclusión de un proceso que permitiera la expresión o identificación de necesidades de atención, con el objetivo de mejoramiento de las actividades por parte del personal de salud, ni por parte de las personas participantes en ellas.

Se debe insistir en la necesidad de generar y apoyar el establecimiento de políticas tanto a nivel institucional como gubernamentales dirigidas al aumento de la investigación, planeación, ejecución y evaluación así como en la destinación de recursos económicos que aseguren un mejor y mayor desarrollo de las actividades de promoción de la salud en este caso específicamente para el cuidado de la salud cardiovascular.

Se confirma que prevalecen las actividades de prevención de la enfermedad en los diferentes niveles de atención en las instituciones, antes que políticas que apunten al abordaje temprano y continuado en diferentes contextos y etapas de la vida de los individuos, con el fin de favorecer la efectividad de las acciones que buscan minimizar la incidencia de la enfermedad cardiovascular y por ende, los costos y efectos sociales e individuales de la enfermedad, en relación por tratamiento, curación y rehabilitación.

El conocimiento de las percepciones de las actividades de educación para la salud cardiovascular, de las personas participantes en ellas, permite conocer factores comunes y particularidades individuales que influyen o inciden en la efectividad y la motivación para la asistencia y participación en los programas de educación para la salud que se ofrecen a nivel institucional.

La experiencia y resultados obtenidos por la investigación, durante las etapas del proceso investigativo bajo el abordaje cualitativo, permite confirmar que es tan importante la investigación bajo datos y cálculos de exactitud como la investigación, que permite la indagación de los individuos para la posterior confrontación de estas narrativas con la teoría, acerca de las relaciones humanas; para el entendimiento y comprensión de los procesos de salud, enfermedad con la consecuente optimización de la experiencia del cuidado de la salud humana.

4. RECOMENDACIONES

El conocimiento, descripción, interpretación y análisis de las percepciones de las personas asistentes a las actividades de educación en salud realizadas por enfermería, permiten formular las siguientes recomendaciones:

A los profesionales de enfermería.

- Las percepciones de las personas asistentes a las actividades de educación en salud realizadas por enfermería, deben investigarse más profundamente de manera que se tengan en cuenta para la planificación y evaluación de estas, de manera periódica y documentada a fin de lograr la motivación e interés de las personas participantes en realizar cambios hacia hábitos de vida saludables.
- La identificación de las falencias de las actividades en la educación para la salud debe ser permanente, ya que ésta permite realizar acciones de cuidado acordes con las necesidades de los usuarios, dirigidas a los procesos a través de los cuales se generen y mantengan las conductas de salud, de esta manera es posible lograr su eficacia e impacto en el sistema de salud.
- La planeación y ejecución de las actividades de educación para la salud, es un área que requiere mayor profundización e investigación, desde los niveles de pregrado, para lograr que los profesionales de enfermería las asuman indiscutiblemente como parte de la calidad del cuidado enfermero que se brinda desde el rol de educador.

- Se sugiere la utilización y ampliación de los resultados de este estudio en posteriores investigaciones, que se dirijan a profundizar en la temática de educación para la salud, en especial para el cuidado de la salud cardiovascular.
- Se recomienda continuar con la investigación que permita la exploración de las experiencias, motivaciones e impacto de las relaciones y comportamientos humanos que influyen en las conductas y determinantes que influyen en el cuidado de la salud.

Para las IPS:

- Se recomienda retomar los resultados en conjunto con las profesionales de enfermería que coordinan dicha actividad y a partir de ello promover cambios y facilidades, no solo en la planeación y ejecución de estas actividades, sino que además comprometa a las directivas a propiciar una mayor oferta de las mismas, así como la inclusión de actividades de promoción de la salud, en sus proyectos institucionales.
- También se recomienda el apoyo a los profesionales de enfermería en la continuación con la formación y actualización constante relacionados con los determinantes de salud, así como en el desarrollo de mayores capacidades para la planeación, replanteamiento, ejecución y evaluación de las actividades de educación para la salud.

“El pesimista se queja del viento, el optimista espera que cambie, el realista ajusta las velas”.

Arthur Ward

BIBLIOGRAFÍA

AUSUBEL, D. P., NOVAK, J. D., y HANESIAN, H. Psicología Educativa: Un punto de vista cognoscitivo. 2ª ed. México: Trillas, 1983.

BARRETO, Xiomara et al. Participación del profesional de enfermería en la promoción de estilos de vida saludables para prevenir complicaciones derivadas de la hipertensión arterial, en los usuarios de la unidad clínica de consulta externa del hospital Dr. Miguel Pérez. Trabajo de grado. Facultad de medicina, Escuela de enfermería. Caracas: Universidad del Zulia, diciembre de 2004.

BONILLA IBÁÑEZ, Claudia Patricia. Diseño de un instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular: Validez de contenido y validez aparente del mismo. Trabajo de grado para obtener el Título de magíster en enfermería con énfasis en el cuidado para salud cardiovascular. Facultad de Enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2006.

COSTA, Miguel et al. Educación sanitaria de pacientes: el autocuidado. Educación Sanitaria de Pacientes: El Autocuidado. Madrid: Centro de Promoción de la Salud de Tetuán, 1998.

CUERVO ESTUPIÑÁN, Luz Dary y GARZÓN GUEVARA, Magda Milena. Cambios en el estilo de vida adoptados por las personas que asisten a los programas de prevención de factores de riesgo cardiovascular. Trabajo de grado. Especialización en Cuidado Cardiorrespiratorio. Facultad de Enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2003. Disponible en Internet en: <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria6403-cambiosestilo.htm>.

CUITIVA MORENO, Maritza Vianeth. Nivel de actividad física y motivos que llevan a un grupo de adultos de la unidad básica de atención Ramajal de Bogotá a practicarla. Tesis para optar el Título de magíster en enfermería con énfasis en el cuidado para salud cardiovascular. Facultad de Enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2001

DEVER, Alan. Epidemiología y administración de los servicios de salud. OPS. OMS. Conferencia Maryland: Aspen Publishers Inc.; 1991.

ESPITIA CRUZ, Sonia Esperanza. Percepciones y creencias relacionadas con el cambio de hábitos de vida de un grupo de personas que padecieron un evento coronario agudo. Trabajo de grado, Magister en enfermería con énfasis en cuidado para la salud cardiovascular. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de enfermería, 2009

FRY, Sara. La ética en la práctica de la enfermería. Guía para la toma de decisiones éticas. Ginebra, Suiza: Consejo Internacional de Enfermería - CIE., 1994.

GENERALITAT DE CATALUÑA. Orientaciones y Programas. Educación para la Salud en la Escuela. SARES - Sistema de Asesoramiento y Recursos en Educación para la Salud. Cataluña, España, 1984. Disponible en Internet en: http://portal.aragon.es/portal/page/portal/SALUDPUBLICA/PROM_EPS/SARES

GIRALDO L, y MOGOLLÓN S. Propuesta de diseño de un programa para la educación sexual y reproductiva de los estudiantes de secundaria del Colegio Distrital Guacamayas. Bogota: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de enfermería, 2002.

GONZÁLEZ P Carlos Alberto. Pasantía Instituto PROINAPSA-UIS. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de enfermería, 2004.

CONSUEGRA Renata Virginia. Creencias en fumadores pertenecientes a un programa de salud cardiovascular. Mgs. Profesora Asociada. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia, marzo de 2004.

GRAHAM, Rumbold. Ética en enfermería. 3ª ed. México D. F., Iztalapa,: McGraw-Hill interamericana, Healthcare Group, 2000.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN - ICONTEC-. Trabajos escritos: presentación y referencias bibliográficas. Bogotá: ICONTEC, julio 2008. (NTC: 1486, 5613, 4490).

KROEGER, Axel y LUNA, Rolando. Atención Primaria en Salud: Principios y métodos. México: PAX, OPS, Enero 1986.

LÓPEZ PAREJA, Mónica. Cardióloga Fundación Cardio Infantil. En: EL TIEMPO, Sección Salud. Bogotá, Noviembre 29 de 2005.

LOZANO A., Rafael y SOLIZ, Patricia Nilda. Indicadores de salud para el monitoreo de políticas públicas. VIII Encuentro Internacional de Estadísticas de Género para Políticas Públicas. Dirección General de Información en Salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad. México: Septiembre 2007.

MARRINER, Tomey A. y RAILER, Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. 4ª ed. Madrid: Harcourt Brace, 1999.

MEJÍA, Nelson et al. Descripción de actitudes y prácticas en estilos de vida saludables, en médicos y personal de enfermería. Metro salud 1997 En: Investigación y educación en enfermería. Vol. XVII No 1. Medellín: Universidad de Antioquia. 1999. p. 49-61.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Informe anual del Año 2004.

MINISTERIO DE SALUD - MINSALUD. Las enfermedades cardiovasculares. Informe epidemiológico Nacional Quincenal. Bogotá: Ministerio de Salud, 1998; 3(14).

_____. Lineamientos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad para el comportamiento humano. Conferencia del programa de educación en salud y comportamiento humano. Bogotá: Ministerio de Salud, 1995.

_____. Resolución 412 de 2000. Bogotá: MINSALUD, febrero 25 de 2000.

MODOLO, M. A. Educación Sanitaria Comportamiento y participación (Original en IL pensiero científico Sanitario 1979). En: Tendencia actual en educación sanitaria (compilación) Barcelona: Centro de Análisis y Programas Sanitarios 1987.

MONTSE, Arboix. Mejoras en el diagnostico y control en el paciente hipertenso. Fundación Eroski, página WEB Consumer Eroski. Disponible en Internet en: http://www.consumer.es/web/es/salud//atencion_sanitaria/2009/03/20/184126.php.

MOYA, Luis A. factores de riesgo cardiovascular en Colombia 1992-1998. En: Revista Colombiana de Cardiología. Colombia 1999. Vol. 7. Suplemento 3.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - OMS. Enfermedades cardiovasculares. Nota informativa. Septiembre de 2009. Disponible en Internet en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/print.html>.

_____. Informe sobre la salud en el mundo 2002. Disponible en Internet en: <http://www.who.int/whr/2000/es/index.html>.

_____. Las 10 causas principales de defunción por grandes grupos de ingresos (2004). Nota descriptiva N° 310, Octubre de 2008 Disponible en Internet en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/index.html>.

_____. La Hipertensión Arterial como Problema de Salud Comunitaria. Seme Paltex para ejecutar el programa de salud N° 3. 1990.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - OPS. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – OMS. Declaración de la conferencia internacional de promoción de la salud. Santa fe de Bogotá: OPS, 1992.

_____. Promoción de la salud: Una Antología. Washington D. C.: Publicación científica número 557, 1996.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD -OPS. USAID. Family Health International. Investigación aplicada en salud pública, Métodos cualitativos. Washington D.C.: USAID; FHI; OPS, Publicación Científica y Técnica número 614, 2006.

POLIT, D. F. and HUNGLER, B. P. Investigación científica en ciencias de la salud. 6ª ed. México D. F.: McGraw Hill Interamericana. Healthcare group, 2005.

RAMOS CALERO, Enrique. Enfermería comunitaria: métodos y técnicas. Enfermería S 21. Madrid, España: DAE, Grupo Paradigma, 2000.

RIOPELLE, Lise; GRONDIN, Louise y PHANEUF, Margot. Cuidados de Enfermería: Aplicación del proceso enseñanza aprendizaje. Madrid: Interamericana - McGraw Hill, 1993.

RIVERA ALVAREZ, Luz Nelly. Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y los factores de riesgo cardiovascular: obesidad y sedentarismo en personas con hipertensión arterial. Trabajo de grado, Magister en enfermería con énfasis en cuidado para la salud cardiovascular. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de enfermería, 2006.

ROMERO, Eliana; GÓMEZ, Flor y RINCÓN, Viviana. Vivencias del cuidado de enfermería del familiar del paciente que muere en UCI. Trabajo de investigación Especialización en cuidado crítico. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Enfermería, 2002.

SOCIEDAD EUROPEA DE CARDIOLOGÍA Y OTROS. Carta europea sobre la salud cardiovascular. Luxemburgo, Junio de 2006. Disponible en Internet en: <http://www.heartcharter.org/download/Spanish.pdf>.

SOLANO C et al. Operacionalización del componente educativo en el programa cuidado integral al niño y/o adolescente ostomizado y su familia. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería, 2003.

TIPAZ M. et al. Efectos de un programa educativo en el grado de preparación de los cuidadores de personas en situación de enfermedad crónica. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de enfermería, 2004.

ULIN, Priscilla R.; ROBINSON, Elizabeth T. y TOLLEY, Elizabeth E. Investigación aplicada en salud pública: métodos cualitativos Es.- Washington D. C.: OPS/OMS/USAID/FHI; 2006. 286 p. (Publicación Científica y Técnica, No. 614).

VARGAS ROSERO, Elizabeth y DÍAZ HEREDIA, Luz Patricia. La experiencia de modificar positivamente los factores de riesgo cardiovascular. Tesis. Maestría en Enfermería: Énfasis en el cuidado en la salud cardiovascular. Facultad de Enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2005.

VÁSQUEZ MENDOZA, Evelyn. Trascendencia de la educación para la salud al brindar el cuidado. Citada por DÍAZ HEREDIA, Luz Patricia En: la investigación y el cuidado en América Latina. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de enfermería, 2005.

VELOSA GÓMEZ, Mónica del Mar. Factores de motivación y su influencia en la participación por parte de los trabajadores de la Cámara de Comercio de Bogotá en los programas de educación para la salud. Tesis para optar por el título de magister en enfermería con énfasis en el cuidado para la salud cardiovascular. Facultad de enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Sede Bogotá, 2001

ANEXOS

ANEXO A. LISTADO DE DETERMINACIÓN DE ENUNCIADOS Y ASIGNACIÓN DE CÓDIGOS

1. Experiencia o comportamiento

1.1 Experiencia

1,A,a - Hasta que se me subió el colesterol y la tensión es que conocí de estos grupos... antes yo no sabía nada de esto aquí en la EPS.

2,A,a – Claro, desde que me hipertense... (Ante pregunta relacionada con el inicio de la asistencia a las actividades).

3,A,a – Desde que me dio la subida de la presión y me resultaron el colesterol, los triglicéridos y hasta el azúcar se me quiso subir (Ante pregunta relacionada con el inicio de la asistencia a las actividades).

4,A,b – Pues yo llevo años con la tensión alta, pero finalmente me toco iniciar porque mi doctor me insistió.

11,A,a – Realmente el médico por mis antecedentes, me aconsejó empezar asistir a estas actividades para optimizar mi tratamiento y controles y así evitar complicaciones más adelante.

1.2 Experiencia

1,B,c - Es que yo ya aprendí qué pasa si se me olvidan los medicamentos...

1,C,b - Yo no le encuentro dificultad porque sé que es así y lo practico en mi casa.

2,C,b - Yo lo hago, pero a mí el ejercicio, ese si me da pereza.

4,B,a - Yo estaba acostumbrada a la comida buena, pero ahora toca...

1,B,a – En mi casa es difícil, imagínese, usted ponerse a preparar (alimentos), diferente para uno solo.

4,D,c - Yo ya lo he notado, cuando no hago lo que me toca, es cuando más mala se me pone la tensión.

7,B,a – Esto me ha ayudado para estar mucho mejor, es un ambiente diferente, me ayuda a cuidarme.

1,B,a – Esas dietas tan estrictas si, no, eso no se puede cumplir, ... antes se enferma uno más.

1,B,b – Ya tan viejo, cambiar lo que ha sido toda la vida, ... es casi imposible aprender a no hacer algunas cosas, yo no he podido.

3,D,a - Cuando me dio la ulcera fue porque me puse hacer caso de todo lo que me decían tan estricto, al principio.

8,C,d – En general para la vida diaria, todo lo que aquí muestran casi nunca se logra, como no es costumbre general, las cosas que aquí nos muestran para mi son una guía, pero realmente nuestras costumbres son muy diferentes...

11,C,b – Al principio fue difícil, pensé que no iba a poder acostumbrarme, cuando empecé a bajar kilos me animé.

1.3 Comportamiento

1,B,a – Yo aquí cumplo, como soy del programa de hipertensos, pero más que todo voy es a mi grupo (comunitario), porque es que ahí sí nos vemos más seguido.

2,B,a – Uno sabe que le toca por el cartón, y entonces ya se programa uno para asistir.

2,B,b – Yo soy muy cumplido y sé que me toca venir al control y cumplir con la firma de la asistencia.

3,B,a – Yo soy muy cumplida con todas mis citas, así no tengo problemas para programarlas después.

5,A,a – Mas que todo yo vengo es por lo de mis medicamentos...

7,C,b – Sobre todo sé que tengo que venir cuando lo necesito, así por algo puntual.

9,A,b – Yo asisto aquí cumplidito, toca, para presentar el carné y la firma...

11,C,a – No, tiempo no me queda, además, qué tal estar pidiendo cada rato tiempo del trabajo para permisos, no estaría bien.

1.4 Comportamiento

2,B,a – Las jefes son más estrictas con lo que le mandan a uno hacer y no hacer.

4,B,a – Solo asisto a los talleres que me manda mi médico.

4,D,b –Yo procuro hacer, lo que mi médico me manda.

7,A,a – El médico fue el que me mandó...

8,A,a – A las charlas fue el médico el que me mandó.

10,C,b – Nosotros hacemos todo lo que los doctores nos mandan.

13,B,a – Lo que nos manda el Dr., porque a veces así no más da pereza venir por aquí.

14,D,c – Además nos regañan cuando faltamos.

1.5 Comportamiento

1,B,a – Yo me cuido bastante.

2,B,a – Ya hasta la bebida y el cigarrillo dejé un pocotón.

4,B,a - Hacer el ejercicio... diario... es casi como bañarme los dientes .

5,C,b – Nos cuidamos mucho, nos mantenemos activos, nunca hemos estado acostumbrados a comer mal.

6,c,d – Tomo las medicinas como me las mandan... no como lo que no nos mandan, cumplo para mantenerme controlada.

7,E,a – Igual yo creo que todo es como la voluntad de cada uno para hacer las cosas.

8,D,c – Por momentos, durante el día me voy acordando de las cosas que me han enseñado y lo voy tratando de hacer, poco a poco.

1.6 Comportamiento

10,B,c – Es mi hija la mayor la que está pendiente de todas mis cosas.

11,C,b – Mi señora es muy organizada, ella se sabe todas mis cosas, está muy pendiente y me cuida como nos dicen.

14,D,a – La señorita está pendiente y nos organiza todo, ella nos da todo y sabe que hacemos.

1.7 Experiencia

1,D, e – Es que somos muchos...y eso se ve muy desordenado.

2,E,d – Antes esa pobre señorita para tantos, y todos en desorden.

6,E,a – Es mejor cuando llegamos mas poquitos.

1,D,a – Es que ir a mi grupo es mejor, la asistencia es más regular, llevamos todos un ritmo, un orden y todo es como más coordinado, y adecuado para los que allí asistimos.

7,D,C – Los ejercicios y en general las cosas deberían ser como más específicos para cada uno y así si nos mejoraríamos más.

8,D,b – Si yo me pusiera hacer caso de todas las cosas, al pie de la letra, verdaderamente no estaría mucho mejor, mi organismo está acostumbrado a mantenerse en forma diferente.

8,E,a – Es que esto para ser mejor debería ser más ágil, como que se avanzara y rindiera más.

9,D,a - A mí cuando me gusta venir, es que cuando nos enseñan cosas diferentes, nuevas, que no tengan que ver tanto con los mismos medicamentos, ni con dietas tan restrictivas, ni que nos pongan casi que a saltar como locos.

11,C,a – Yo veo a veces que esto está enfocado solo para viejitos y enfermos, bien enfermos ... esto debería ser para todos y lo que deberían era enseñar desde antes, cosa que uno se aprenda a cuidar bien desde joven y no llegar a esta edad ya resabiados, disque ahora así aprender a cuidarse, conque uno toda la vida entonces ha hecho mal.

12,C,b – Le soy sincero, esto está bien, pero es un poquito desordenado, no siempre estamos los mismos y por eso a veces tiene que repetir algunas cosas mucho, se vuelve poco el tiempo y no hay continuidad.

2. Opinión o valores

2.1 Opinión

4,C,b - Pues generalmente repiten y repiten sobre lo mismo, los mismos temas, pero de todos modos hasta me imagino que eso es importante, porque se le debe olvidar a uno.

1,B,a – Me gusta porque de todos modos nos hacen hacer un poquito de ejercicio, y de todos modos nos mantienen activos y eso es bueno no.

2,C,c – De todos modos uno no puede hacer todo lo que le mandan y yo que uno debe es medir las cosas y ponerle lógica, eso es más importante.

1,A,b – Eso el médico es solo por allá una vez al año y eso así como un chequeíto y ya.

2,D,b Aunque yo creo que con los controles del médico uno tendría y ya ser juicioso para estar bien.

5,C,b – Esto es bueno, aquí si nos ponen a hacer las cosas.

7,D, c – Es que esas dietas y todo eso tan riguroso, está mal no es igual para todos, no deberían dárnoslo a todos, no todos podemos hacer lo mismo.

2.2 Opinión

5,E,b – Me gusta que nos enseñen mas de otras cosas... saber qué hacer en otros casos en que la enfermedad sea más grave, cómo actuar.

10,E,a – Es que esto debería ser más, porque para todo lo que hay que aprender, lo que falta es tiempo y espacio.

13,B,c – Es que lo bueno es que de lo que uno aprende se puede enseñar a los demás también.

2.3 Valor

6,A,b – Si, claro, de todos modos uno piensa en la familia ... por eso principalmente hay que cuidarse, hay que cuidarse...

12, A,c – Es que a mí me gusta cuidarme, pero no me gusta venir tanto donde el médico.

1,C,a - Mi salud está bien gracias a Dios.

1,D,c – Se que es por mi bien, por mi salud, que esto es bueno.

5,D,b – Gracias por esto porque es muy importante que ustedes estén aquí para compartir y cuidarnos.

2,A,d – Después del día que me vi mal, me animé a asistir, de pensar en mis hijos y mi familia.

2,C, b – Por mi salud lo hago, vendré de por vida, porque que más.

2,D,a – Tantas cosas que hacer, con tan poco tiempo que es tan valioso, realmente no tendría más tiempo para andar cada nada por aquí.

3,A,c – Sí, claro, por la sola salud hay que hacer el esfuerzo por venir aquí.

3,C,a – Yo vengo para seguir afortunadamente teniendo mi salud y poder hacer mis cosas que es lo realmente importante.

4, C,d – Yo me obligo a darme en medio de todo ese tiempito para venir por la salud que finalmente es lo más importante.

5,a,a – Lo que sea para la salud hay que cumplirlo.

6,D,a - Pues la tensión es la que no quiere estar bien, pero yo sigo viniendo porque me siento bien y puedo hacer todas mis cosas que para mí es lo más importante.

7,E,a – Es que a esta edad lo que uno busca es hacer cosas que nos mantengan bien, y estar mejor que al principio.

9,E,c – No para mí esto sí es lo mejor, porque de antes yo si estoy mejor esto es muy bueno, es que antes a esta edad ya que salud y que nos ayuden a tener raticos para estar mucho mejor...

10,b, a, - Yo se que estas cosas son de beneficio para mí y para mi familia.

3. Sentimientos

1,A,c – Yo me siento bien desde que pueda hacer mis cosas, a mi no me gusta vivir quejándome de una cosa y otra eso sí me hace sentir mal, es muy triste pensar en que por uno mismo ya no pudiera, ni casi que comer nada o estar limitado, que miedo, aquí aprendí eso.

1,B,a – Yo vivo contenta, tranquila, feliz, porque haciendo la mayoría de las cosas que nos enseñan, tengo mi salud y puedo hacer mis cosas.

2,D,a – De todos modos yo me siento más seguro cuando es el médico quien me confirma y me prohíbe o me autoriza lo que se puede hacer.

2,E,a – Es que la reunión de todos es buena pero me siento más seguro de las cosas con el trato directo con la jefe y no así tan general.

2,E,c – Con esto se siente uno bien porque siente que se preocupan realmente por la salud de uno.

3.D,b – Es muy rico venir aquí, es un momento en que se siente uno feliz, activo.

4,D,d –Lo mejor es que aquí se conoce gente y el rato que viene uno es agradable.

4,D,d, - Es un rato para uno mismo, se pasa rico, se aprende.

5,E,a, - Es que aquí sobre todo, nos sentimos rico, nos des estresamos, compartimos.

6,D,a – Aquí hasta se hacen amigos y se extraña y lo extrañan a uno porque nos vamos conociendo, cada que venimos.

6,B,b – Pena si me da que me vayan a decir que por no cumplir, tengo la tensión mal, o algo así, ni sardino que uno fuera para no hacer las cosas, qué pena.

7,C,e – Es muy rico venir, Yo me siento feliz cuando asisto a este tipo de actividades, es que uno viene aquí a compartir.

9,B,c – Me gusta harto venir, pero de todos modos yo ya sé que soy un enfermo crónico.

10.D,a – Lo que más me gusta es que aquí hacemos ejercicio, sale uno como prendido.

11,B,c, - Cuando vengo y me dicen que estoy bien y yo mismo verme bien mejorando, me hace sentir mucho mejor.

12,B,d – A mi me motiva a venir el miedo, pensar que por no venir, ni hacer lo que nos dicen un día esté uno bien mal...

13,C,B – Es rico venir, me gusta, me genera seguridad, uno definitivamente se distrae mucho, la pasa rico y piensa en uno, en su salud ... me siento bien.

14,C,a – Cuidarse en compañía sí que ayuda a sentirse bien.

14,C,b – La señorita nos hace sentir muy bien, como útiles, como con más valor.

14,D, d – Cuando uno viene mas se siente mejor y realmente aprende mas.

4. Conocimientos

1,B,a – Lo mejor que me han dado es que he aprendido primordialmente a conocer mis medicamentos, a saber de ellos, como si y no tomarlos, eso es lo que más nos han enseñado.

1B,c – Pues de la alimentación si nos han dicho mucho, pero, no sé ... ahí si tengo mis diferencias...

1,C, a –Si, yo he aprendido, porque muchas cosas las he podido practicar en mi casa.

1,D,a – La enfermera nos va enseñando de todo un poco y como con el Dr., la consulta es uno solo, pues ahí trata uno de resolver algunas dudas mas importantes.

2,B,b – Yo he aprendido es que primero hay que tomarse la droga como es y también, procurar cuidarse con el resto de las cosas obvias que uno ya sabe.

2, B,d – Con lo que le va oyendo uno, se va aprendiendo uno a manejarse, lo importante es no dar tiempo a la aparición de otras cosas mas graves.

2,E,a – Me ha gustado saber de los efectos de las cosas y los medicamentos, que me dan.

3,B,b - Yo me mantengo pendiente de cómo estoy, y sé hasta cuándo me puedo descuidar, yo creo que ya me sé cuidar con las cositas que uno va oyendo en las charlas.

3,B,b - Con los compañeros también aprendo, y se que todo extremo es vicioso, hay que mediar uno tiene que saber equilibrar lo que uno sabe con lo que le dicen.

3,B,c – Lo más importante que he aprendido, es que todo lo que uno hace le ayuda o no a mantener o no bien la salud.

4,B,a – Yo he ido aprendiendo de todo un poco, y siempre uno sabe más o menos que hacer y cuidarse, lo que pasa es que eso si es muy difícil de verdad cumplir.

4,C,b – Por ejemplo aquí nos dan ideas, pero si ponen una dieta así como muy especial, que uno ni está acostumbrado a comprar ni comer, eso es imposible por una y otra razón como le digo, cumplir uno ya sabe que no, se toman son como ideítas más pequeñas.

5,A,b – Encontrarse aquí con los amigos y pasarla bueno, eso aprendimos que es parte de la salud.

5,C,b – Yo sé que he aprendido porque he mantenido la tensión controlada.

6,D,a – De lo que nos enseñan, muchas cosas ya las sabía o me las habían dicho, no solo aquí, lo que pasa es que en la casa se necesita colaboración y a veces poner a todos, en el mismo cuento es difícil.

6,D,d – Lo más importante que he aprendido hacer lo más importante que el médico y la enfermera más repitan, eso es como lo más débil en general que todos hacemos ... aunque tampoco tan exacto.

7,E,a – Todo lo que he aprendido, se lo cuento y procuramos hacer en familia.

8,C,b – Sobre todo lo que he aprendido, me ha servido es para cuidar a mi familia.

8,C,c – En general, yo creo que algunas cosas ya uno las sabe o ha conocido desde siempre, no es que sea todo nuevo para uno, lo que pasa es que este espacio le ayuda a uno es a pensar y compartir como poner en práctica las cosas que uno ya sabe y así de verdad si ir cambiando poco a poco.

9,B,c –Lo que realmente he aprendido es hacer mis ejercicios y eso me doy cuenta que como nos dicen lo mantiene a uno bien, hasta mentalmente.

9,D,a – La diferencia con venir aquí de lo que yo sabía, es que oyendo a la señorita y a los compañeros de lo que le cuentan a uno en algunas cosas se aprende, cómo y en qué forma si puede uno poner en práctica las cosas que nos enseñan, cosas, sobre todo, que de la alimentación y el ejercicio que hacemos.

10,A,d - Lo que más he aprendido es la importancia del ejercicio y en mi casa si lo hago como aquí nos enseñan porque aquí siempre eso si nos hacen aunque sea un rato de ejercicio y lo hacemos casi siempre en diferentes formas, entonces no da pereza.

11,D,b – Puedo saber que he cambiado porque haciendo lo que he aprendido, aunque ha sido difícil he bajado 15 kilos, y como en mi casa ya lo vieron ahora es más fácil porque yo les cuento lo que aprendo y algunos también han cambiado cositas y por supuesto que en general estamos mejor, si hasta el médico nos lo dice.

ANEXO B. FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO⁹²

Yo _____ identificado(a) con cédula de ciudadanía numero _____ de _____, en calidad de _____, participante de esta investigación y en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, doy constancia de lo siguiente:

Me fue explicado de manera clara y comprensible la justificación y los objetivos de la investigación y los beneficios que obtiene la comunidad con los resultados, que mi participación no conlleva a ningún riesgo, ya que a través de la entrevista no se realiza ninguna intervención que me pueda afectar física ni psicológicamente.

Se me aclaró que como participante tengo derecho a:

- Mantener mi identidad en absoluta reserva y a que la información no sea utilizada con fines que me puedan afectar a futuro
- Que el prestador del servicio de salud conozca si se considera pertinente como parte del estudio los resultados de la investigación pero no la identidad de los participantes.
- Retirar mi consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que ello genere ningún tipo de consecuencia.
- Recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración de dudas acerca de mi participación en el estudio.
- Conocer si lo así lo deseo la transcripción que se realice de la información y los resultados que del estudio se deriven

⁹² ROMERO, Eliana; GÓMEZ, Flor y RINCÓN, Viviana. Vivencias del cuidado de enfermería del familiar del paciente que muere en UCI. Trabajo de investigación Especialización en cuidado crítico. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Enfermería, 2002.

MANIFIESTO QUE:

He entendido y estoy satisfecho(a) con todas las explicaciones y aclaraciones recibidas sobre mi participación en la investigación.

No tengo objeción a que la entrevista sea grabada y transcrita para su análisis con fines académicos y en pro del bienestar de otras personas que participen en programas de educación para la salud.

Otorgo mi consentimiento para que me sea realizada la entrevista, las veces que se considere necesario.

Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por mí, en cualquier momento de la investigación.

ANEXO C. CRONOGRAMA DE TRABAJO

	ACTIVIDADES	Duración SEMANAS Inicio: Agt. 09. - finalización Agt. 10															
		2	5	7	10	11	12	13	16	18	19	20	22	28	32	36	48
1	Ajuste del anteproyecto																
2	Aprobación de comités																
3	Realización de entrevistas de prueba																
4	Recolección de los datos																
5	Organización de los datos, validación																
6	Analizar los resultados																
7	Elaboración del informe final																
8	Revisión del informe por parte del asesor																
9	Entrega del informe final																
10	Sustentación de tesis																

ANEXO D. APROXIMACIÓN DE COSTOS

	ELEMENTOS	CANTIDAD	VALOR UNIDAD	VALOR TOTAL	
PAPELERÍA	Resma de papel	3	\$11.000	\$33.000	
	Fotocopias	60	\$100	\$6.000	
	Cartucho de tinta negra	1 según referencia	\$70.000	\$70.000	
	Cartucho de tinta color	1 según referencia	\$75.000	\$75.000	
	Bibliografía textos	9 promedio	\$45.000	\$405.000	
	Bibliografía Suscripciones	2	\$30.000	\$60.000	
	SUBTOTAL			\$649.000	
INFRAESTRUCTURA	Computador	660 h/año	\$1.000 h	\$660.000	
	Hora Internet	220 h/año	\$1.000 h	\$220.000	
	Grabadora	20 h/año	\$7.000 h	\$140.000	
	SUBTOTAL			\$1'020.000	
	Hora asesor	4/h semana (44 semanas)	\$70.000	\$12'320.000	
	Hora estudiante	8/h semana (44 semanas)	\$15.000	\$5'280.000	

TALENTO HUMANO	Transporte entrevistas	Día X 7 días	\$12.000	\$84.000	
				SUBTOTAL	\$17'684.000
				TOTAL	\$19'353.000
<p>Los gastos son asumidos en los ítems de papelería e infraestructura en su totalidad por el investigador, en el ítem de talento humano, el valor correspondiente a hora asesor es compartido con la universidad por ser estudiante.</p>					

ANEXO E. CARTA DE SOLICITUD DE PERMISOS PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Bogotá, D. C.

Noviembre 2 de 2009

Señores:

Asistir Salud

Atención: Dr. WILFRED CACUA LOZANO

Director de Calidad

Ciudad

Respetado señor:

Mediante la presente me permito presentar a usted el proyecto de tesis llamado “Percepción de las actividades de educación para la salud que como parte del cuidado de enfermería que recibe un grupo de personas, asistentes a programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad cardiovascular”, que como estudiante de maestría en enfermería desarrollo, en la Universidad Nacional de Colombia, con el propósito de solicitar a usted, autorización para el abordaje de un grupo aproximado de 20 usuarios de los programas de P y P específicamente en programas de cuidado cardiovascular, donde la vinculación será inicialmente a través de un acceso a la información básica de estos para posterior abordaje mediante la realización de una entrevista planteada como parte de la fase de recolección de datos en la investigación, ello con el propósito de aportar herramientas para el análisis y posibles ajustes en las actividades incluidas en los programas educativos que se desarrollan, en entidades como la que Usted dirige, a fin de garantizar un mayor alcance de los objetivos propuestos y mejorar el cuidado que se brinda, a través de su aplicación.

Lo anterior bajo los siguientes compromisos:

- Los datos obtenidos de la entrevista son estrictamente confidenciales.
- Durante la realización de la investigación, recolección de datos, análisis y publicación de los mismos se mantendrá total independencia de la institución.
- Al término de la investigación a Socializar y entregar copia de los resultados de la misma a la institución.
- Aplicación estricta de consentimiento informado a cada uno de los pacientes, respeto por su intención de continuar o no con la investigación.
- Tiempo máximo de entrevista por usuario 40 minutos y recolección de los datos de tres semanas.
- Respeto por normas políticas y restricciones de la institución.
- Lo anterior no significa ni tendrá por ninguna de las partes términos de relación contractual.

De antemano agradezco su amable atención y colaboración. Atenta a sus comentarios.

CAROLINA HUERTAS PEDRAZA

Enfermera U. Nacional

C. C.: 52.516.586

Teléfonos: 7530353 – 3112492268

EVELYN VASQUEZ MENDOZA

Docente Asesor de Tesis

Fac. Enfermería. U. Nal. Posgrados

Teléfonos: 3165000 - Ext. 18651