

**LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD: UNA EXPERIENCIA EN LA FORMACIÓN
ACADÉMICA DE LAS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA**

**GLORIA MARÍA ISAZA ZAPATA
FRANCY EDITH LÓPEZ HERRERA**

Universidad de Manizales – CINDE

Sabaneta

2010

**LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD: UNA EXPERIENCIA EN LA FORMACIÓN
ACADÉMICA DE LAS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA**

**GLORIA MARÍA ISAZA ZAPATA
FRANCY EDITH LÓPEZ HERRERA**

Asesora

PH.D. ÁNGELA MARÍA SALAZAR MAYA

**Trabajo de investigación para optar al título de
Magíster en Educación y Desarrollo Humano**

MAESTRÍA EN EDUCACIÓN Y DESARROLLO HUMANO

CENTRO DE ESTUDIOS AVANZADOS EN NIÑEZ Y JUVENTUD

UNIVERSIDAD DE MANIZALES – CINDE

SABANETA

2010

NOTA DE ACEPTACIÓN

DEDICATORIA

A quienes creyeron firmemente en el viaje que iniciamos, y se convirtieron en la luz del faro, el timonel, la brújula de nuestro barco, que en la tormenta nos serviría para llegar al puerto, sanos y salvos, en medio de la calma.

A Dios, el artífice de esta obra; a mi hermana Isabel y mi padre fuentes de inspiración, a todos aquellos que siempre creyeron posible este viaje.

Con mi alma, vida y corazón, por siempre les agradeceré.

Gloria María

A mi madre y mi hermana, quienes en cada amanecer me acompañaron, hasta llegar al ocaso de esta meta, la cual se constituye en el nuevo amanecer de mi vida.

Francy Edith

LAS INVESTIGADORAS EXALTAN Y AGRADECEN A:

Dios, con su infinita bondad, nos llevó por el sendero que nos conduciría al logro de nuestros propósitos y quien procuró que en cada paso que diéramos, nos encontráramos con quienes nos preverían de lo necesario para nuestro viaje.

La universidad, que en su espíritu humanista, nos abrió sus puertas y la posibilidad de acercarnos a ésta, desde los diversos entes: administrativos, investigativos y docentes, quienes desde el principio acogieron la propuesta y nos permitieron llegar a la meta que nos trazamos.

Las estudiantes de noveno semestre, que participaron directamente en la investigación, con sus experiencias de vida, cotidianas para algunas pero tan sublime y transformador para nosotras.

Nuestra asesora Ph.D. Ángela Salazar M, a quien con sentimientos de gratitud, le expresamos nuestro reconocimiento por señalarnos el camino, servir de puente para poder cruzar, recorrer y avanzar en nuestro caminar por el inagotable, complejo y apasionante mundo de la investigación.

CONTENIDO

CONTENIDO	6
INTRODUCCIÓN.....	10
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE ESTUDIO.....	12
1.1 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	12
1.2 JUSTIFICACIÓN	18
1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	24
1.4 OBJETIVO GENERAL.....	24
1.5 PROPÓSITO DEL ESTUDIO.....	24
2. MARCO REFERENCIAL.....	25
3. MARCO METODOLÓGICO	48
3.1 PARTICIPANTES DEL ESTUDIO.....	55
3.2 ACCESO.....	58
3.3 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	58
3.4 REQUERIMIENTOS ÉTICOS.....	61
3.5. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	65
3.6 RIGOR DE LA INVESTIGACIÓN	71
4. HALLAZGOS Y DISCUSIÓN	75
4.1 HALLAZGOS.....	75
4.1.1 TRADUCIENDO LA INFORMACIÓN DE OTROS	76
4.1.1.1 La Empatía una Estrategia de Interacción en la Educación para la Salud....	87
4.1.1.2 El Poder del Conocimiento en la Educación para la Salud.....	96
4.1.1.3 El contacto permanente permite Educar para la salud	104

4.1.1.4 La Cultura Condiciona la Educación para la Salud.....	108
4.1.1.5 La Educación para la Salud Previene la Enfermedad.....	114
4.1.1.6 Educar para la Salud: Dimensión Fundamental del Cuidado Integral.....	120
4.2 Discusión.....	128
5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	136
ANEXOS.....	153
ANEXO No. 1	153
ANEXO No. 2	154
ANEXO No. 3.....	156

RESUMEN ANALÍTICO EDUCATIVO (RAE)

La Educación para la Salud ha sido ampliamente debatida desde diferentes disciplinas y si analizamos su desarrollo histórico ha estado enmarcada desde el positivismo hasta el constructivismo; los estudios realizados dan cuenta del ser humano, su ciclo vital y la relación que tienen sus procesos de salud enfermedad con la Educación para la Salud; más no se ha indagado desde la enfermería qué significa ésta para el sujeto en proceso de formación.

Por tanto, este estudio tuvo como objetivo: interpretar el significado que han construido de la Educación para la Salud las estudiantes que cursan noveno semestre de enfermería en una universidad privada de Medellín. Para dar cumplimiento al objetivo se seleccionó la investigación cualitativa y se utilizaron las herramientas de la teoría fundamentada para el análisis de los datos.

Los participantes fueron 9 estudiantes de enfermería y se realizaron 11 entrevistas semiestructuradas previo consentimiento informado; el análisis comparativo de los datos permitió a través del muestro teórico y la saturación de los mismos, develar el significado que le otorgan a la Educación para la Salud, desde la categoría Traduciendo la Información de Otros, compuesta por 6 dimensiones o propiedades

a las cuales denominamos subcategorías: La empatía una estrategia de interacción en la Educación para la Salud, El poder del conocimiento en la Educación para la Salud, El contacto permanente permite Educar para la Salud, La Cultura condiciona la Educación para la Salud, La Educación para la Salud Previene la Enfermedad, Educar para la Salud: Dimensión Fundamental del Cuidado Integral

Se llegó a la conclusión que el significado otorgado por estudiantes de enfermería, nos muestra indirectamente que no están siendo formados como integrantes de una disciplina que construye su propio conocimiento, sino que siguen Traduciendo la Información de Otros, lo que hace que sigan a la sombra de otras disciplinas del área de la salud, que han sido predominantes en la formación de la enfermería moderna.

Es importante que en posteriores trabajos relacionados con el tema, se retome la subcategoría Educar para la Salud: Dimensión Fundamental del Cuidado integral porque se convierte en el eje central del cuidado y el futuro de la disciplina, lo que hace necesario que en los currículos de enfermería se haga explícita y se les de todas las herramientas para que se convierta en un constructo central del cuidado de enfermería.

INTRODUCCIÓN

"El aprendizaje es un simple apéndice de nosotros mismos; donde quiera que estemos, está también nuestro aprendizaje."

William Shakespeare

La presente investigación se desarrolló desde la descripción temática de la situación o problema que se investigó, para determinar cuál es el significado que han construido de La Educación para la Salud las estudiantes de enfermería de una universidad privada.

Se empleó la investigación cualitativa y como una estrategia para el análisis de los datos la Teoría Fundamentada, lo que nos permitió tener un mayor contacto con los participantes para una mejor comprensión del objeto de estudio, a partir de la recolección y análisis de la información.

Del proceso investigativo, emergió una categoría y seis subcategorías; los resultados se validaron en el espacio de formación académica de magíster en educación, además del contacto con estudiantes tanto participantes como

asistentes a la devolución de los hallazgos y de otras personas interesadas en los resultados.

A partir de las conclusiones y recomendaciones obtenidas de este trabajo, esperamos contribuir a enriquecer la formación del futuro profesional de enfermería, orientada a reevaluar su papel de agente educador y a estimular la investigación en el campo de la Educación para la Salud.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE ESTUDIO

“No podemos resolver los problemas,
pensando de la misma manera que cuando los
creamos.

Albert Einstein”. (1879 -1955)

1.1 Delimitación del problema

Existen múltiples maneras de entender la Educación para Salud, por ser una práctica antigua, ha variado su enfoque ideológico y metodológico como consecuencia de los cambios socioeconómicos y la relación con el concepto de salud dominante y la manera de ejercer la práctica educativa y de salud.

Ésta ha sido contemplada desde diversos planteamientos, algunos de ellos como lo manifiesta Duque (1999), enfocados a enfatizar en diferentes elementos de la Educación para la Salud, entre ellos, que el estudiante participe de los proyectos que realizan los diferentes actores de la sociedad (colegios, empresas,

organizaciones públicas) para favorecer entre otros la comunicación, el desarrollo cognitivo y psicosocial del individuo.

En el trabajo desarrollado por Oliveira y Domingos (2009) sobre Las representaciones sociales de Educación para la Salud en los trabajadores de salud comunitarios. Identificaron que la orientación, prevención y la atención son una pieza central de las representaciones, para lo cual es necesario una Educación para la Salud estructurada en dos niveles: una destinada a comunicar a la población, otra a la capacidad profesional.

Para otros, la Educación para la Salud significa contemplar el empoderamiento de los individuos y colectivos de su propia salud, además de las conductas de autocuidado necesarias para conservarla, como lo esboza Arango (2008) quien hace referencia a las propuestas desde los diversos ámbitos de la historia, que posibilitaron tener análisis desde:

[Los] contenidos sociopolíticos [que] trascendieron la visión hegemónica biologicista, patocéntrica y unidisciplinaria históricamente prevalente, hacia una visión integralmente intersectorial, en busca de la equidad y los cambios estructurales, que en última instancia determinan los procesos de enfermar y morir y afectan a millones de seres humanos (...) [carentes] de las condiciones fundamentales para gozar del bienestar que permita llevar una vida digna y favorablemente saludable. (p.1)

La medicina social considera, según Iriart, Waitzkin, Breilh (2002) que:

(...) se desarrolló por la formación de grupos académicos, practicantes e investigadores del campo de la salud que se unieron a los movimientos de trabajadores y de estudiantes y a las organizaciones populares disconformes con el modelo económico denominado desarrollista, que se implantó con intensidad en la década de los sesenta en América Latina... los grupos ligados a la medicina social desarrollaron un cuestionamiento en respuesta a la crisis de la salud pública, que se puso de manifiesto a fines de esa década... mientras se observaba un crecimiento de los indicadores macroeconómicos en la mayoría de los países latinoamericanos, se deterioraban los indicadores sociales, entre ellos los de la salud... Las relaciones entre clase social y problemas de salud se hicieron más evidentes así como las inequidades en el acceso a los servicios de salud. (p.12).

Algunos de los estudios sobre la Educación para la Salud, la han abordado desde patologías específicas de interés en salud pública, o por etapas del ciclo vital humano, algunos ejemplos son:

La Educación para la Salud en el programa de control de la lepra: la experiencia de un equipo por: Díaz, Paz y Pimenta (2010), aborda la experiencia de profesionales en los servicios básicos de salud en el municipio de Río de Janeiro. Empleó la fenomenología y concluyeron que las actividades de Educación para la Salud están dominadas por un auténtico hacer, demostrando ser una forma impersonal de desarrollo de contenidos educativos y un discurso proveniente de la práctica educativa tradicional.

En el área materno-infantil se destaca el trabajo realizado por Cardaci y Mercedes (2005) sobre Educación para la Salud, que describe la participación de un grupo poblacional en programas ofrecidos por diferentes entidades, lo cual les permitió realizar un análisis de las propuestas teóricas, las prácticas que se viven y la metodología empleada.

La perspectiva de algunos actores sobre los modelos de Educación para la Salud subyacentes en programas de salud sexual y reproductiva de Medellín dirigidos a adolescentes, por Molina y Posada (2007) investigación cualitativa, sugieren que los programas analizados no presentaron un único modelo de Educación para la Salud, y los beneficiarios propician eventos exclusivos que impactan el desarrollo de los proyectos ejecutados.

Otro estudio a partir los Aportes epistemológicos y pedagógicos brindados en la educación popular a las prácticas de Educación para la Salud con colectivos sociales; por Zea (2007) de carácter interpretativo, aborda la comprensión de los significados de salud que orientan las prácticas de Educación para la Salud de un grupo interdisciplinario de profesionales y los referentes teóricos de la Educación popular, para contribuir a la discusión con colectivos sociales con una visión holística de la salud y la educación.

Según Arriata (2005) para enfermería la Educación para la Salud reviste una tarea trascendental, que demanda una formación continua y un especial espíritu creativo y crítico; involucra una concreta y especial capacitación que espera un conocimiento profundo de la persona a educar, del proceso educativo y de sus principios, de conceptos y fundamentos provenientes de la ética, la filosofía y la antropología filosófica.

Algunos estudios en esta área relacionados con la Educación para la Salud son: La enfermería y las prácticas en Educación en Salud en Brasil. De Sousa, Torres, Pinheiro, (2010). Analizan y reflexionan sobre las prácticas de enfermería en Educación para la Salud en Brasil, en el contexto histórico de las políticas de salud en ese país. Concluyen que en Educación para la Salud es posible identificar las perspectivas, el progreso y que es necesario transferirlo a la práctica en la que aún quedan obstáculos en este campo.

El análisis de los enfoques pedagógicos en las actividades de Educación para la Salud llevado a cabo por personal de enfermería: un estudio de caso por Guerra (2002), establece como elemento central la falta de una enseñanza clara y práctica para guiar las actividades educativas, además de un conjunto difuso de conceptos tradicionales de educación, que contribuyen a la continuación de la hegemonía del modelo biomédico.

Otro aporte surgió del interés por conocer el estado de investigación que realizaban los enfermeros/as en Educación para la Salud, por lo que se llevó a cabo un estudio descriptivo retrospectivo de los artículos indexados en la base de datos CUIDEN. Guirao (2002,5), con descriptores como Educación para la Salud, en publicaciones realizadas entre el año 1996-2001, en las revistas: Enfermería Clínica, Enfermería Científica, ROL de Enfermería, Metas de Enfermería y Centro de Salud, con un total de 43 publicaciones y un mayor número de artículos en la revista Enfermería Científica.

El metanálisis de CUIDEN da cuenta de los estudios realizados en Educación para Salud a nivel de: evaluación de cuidados educativos, etapas del ciclo vital humano en el proceso salud enfermedad, género, cuidados informales, los cuidadores escolares, adolescentes, hábitos nocivos y su manejo.

El resultado obtenido de esta investigación indicó que existen publicaciones indexadas con buen soporte documental, si se compara con las producciones realizadas en años anteriores a la fecha de exploración, pero requieren de un mayor conocimiento de trabajos que se estuvieran realizando a nivel internacional, además de incorporar técnicas que permitan generar un mayor conocimiento sobre la problemática a investigar.

La mayoría de las investigaciones o intervenciones sobre Educación para la Salud anteriormente citadas, se han enfocado en el sujeto de cuidado, programas,

patologías, prácticas asistenciales y comunitarias, relaciones sociales y en algunos casos, unida a otras temáticas entre ellas la promoción de la salud; pocos estudios se han centrado en el profesional de enfermería como principal cuidador, y mucho menos en el sujeto que se está formando en esta disciplina.

Es necesario que el estudiante de enfermería reconozca su rol como educador para la salud, que se entienda como uno de los profesionales del área de la salud que más capacidad y posibilidad tiene de interactuar con las personas, para entender además de comprender el contexto, planear con ellas actividades y cuidados que con asesoría y acompañamiento puedan generar un impacto positivo en el bienestar de las mismas.

Lo que nos permite pensar, que es imperativo indagar sobre el significado que han construido de la Educación para la Salud las estudiantes de enfermería durante sus prácticas clínicas y comunitarias, de esta forma retroalimentar los procesos académicos, cognitivos y humanos que fundamentan esta disciplina y que pueden representar beneficio para todos los individuos.

1.2 JUSTIFICACIÓN

La enfermería al igual que otras profesiones debe estar dispuesta a reconocer sus propiedades y dimensiones, según Castrillón (2008) se hace “urgente avanzar en la creación de conceptos que constituyan un lenguaje específico del campo del

conocimiento en enfermería, así como desarrollar capacidad crítica en torno al significado de los fenómenos propios de esta práctica” (pág. 89). En este caso la Educación para la Salud, se convierte en una práctica inherente del quehacer de enfermería.

A partir el punto de vista educativo, es clara la importancia de identificar el sentido que tiene para las estudiantes de enfermería la Educación para la Salud, para así lograr comprender y explicar su desempeño en el área, para lo cual Fernández (2007), considera se debe procurar para el estudiante de enfermería un aprendizaje activo, que construya, transforme, progrese y diversifique, las representaciones de los distintos contenidos educativos a partir del significado y el sentido que el estudiante le atribuye a estos y al hecho de aprender.

Por lo que se hace válido retomar algunos autores en pedagogía que nos permiten identificar aportes significativos en relación a los procesos de aprendizaje como Piaget (1971 citado en Rodríguez 2009) que reconoce en la asimilación y la acomodación, una contribución para reestructurar cognitivamente el aprendizaje en la medida que el individuo se va desarrollando, produciendo procesos de desequilibrio y equilibrio que favorecen lo cognitivo además de lo socioafectivo, en tanto que para Gagné (1970 citado en Papalia 2005) con su modelo del procesamiento de la información propone un aprendizaje basado en comprender que está ocurriendo en la mente del estudiante, al involucrar sus órganos receptores hasta ser depositados y transformados en respuestas.

Para Ausubel el aprendizaje es una construcción de significados que se adquieren en forma escalonada mediante relaciones con los que ya tenían; y para Vigotsky (1934 citado en Beltrán, Acosta 2003) la Zona de Desarrollo Potencial (ZDP) Permite al estudiante desarrollar actividades por sí mismo y en colaboración con otros, creando una distancia entre ambas.

Así la pedagogía, contribuye a dar una visión más amplia del proceso de aprendizaje que se da en enfermería y la formación de estos profesionales no debe alejarse de ella, menos cuando se está en la búsqueda de consolidar la Educación para la Salud como un compromiso con la humanidad, mediante el reto de contribuir a la superación de los principales agravios que afectan la vida.

Por ello la formación del profesional de enfermería en Educación para la Salud debe partir según lo interpreta Arriata (2005) de una meditación que nos permita abordar el:

(...) para qué y cómo formamos a los futuros egresados de las áreas de la salud y cómo se articula este saber desde la educación que brindarán a su comunidad, partiendo de pensar qué enfoques o posturas conceptuales se trabajan y son relevantes en esta formación (p.23).

Y generar una reflexión sobre el desempeño que se ha tenido en esta profesión, la cual ha venido generando controversias, dudas, incertidumbres, actitudes de

frustración, que se reflejan en el desempeño de las estudiantes y los profesionales en ejercicio, lo que ha propiciado en este sentido en las universidades según lo manifiesta Sanmartino et al 2009:

Fomentar el desarrollo de respuestas concretas a fin de cumplir con el compromiso de las instituciones frente a los problemas locales y ante la complejidad de las demandas de la sociedad. Por tanto, las instituciones de educación superior deben avanzar en la configuración de una relación más activa con sus contextos, (...) Ello exige impulsar un modelo académico caracterizado por la indagación de los problemas en sus contextos; la producción y transferencia del valor social de los conocimientos; el trabajo conjunto con las comunidades.

Siendo importante el identificar algunos de los significados de esta práctica en las estudiantes de enfermería, reconociendo que sus orígenes fueron dentro de la visión positivista en el campo individualista, biologista, ya que estuvo dedicada a la intervención clínica, sujeta a la patologización; pero hoy hace parte de una práctica social transformadora de paradigmas que por años limitaron su perspectiva de las realidades humanas.

Por esta razón, nuestra investigación busca a partir de la investigación cualitativa y como estrategia para el análisis de los datos la Teoría Fundamentada, el acercamiento a los significados que tienen las estudiantes de enfermería sobre la Educación para la Salud y aunque no se genera en ésta una construcción de teoría, puede servir para futuras investigaciones que la deseen incluir y contribuir

junto con el presente a que la enfermería pueda retroalimentar su quehacer, como lo expone Lobo (2007) al comentar que:

(...) es necesaria una mayor comprensión de los conceptos utilizados en la práctica, no sólo limitándonos a las explicaciones de los conceptos sino, a la comprensión de su sentido original, develando lo que encubre, la apariencia, mostrando su esencia. Para poder desarrollar Educación para la Salud por parte de enfermería basadas en la evidencia, es necesario antes, entender el fenómeno de interés. La disciplina debe tener descripciones claras de sus fenómenos para desarrollar intervenciones. Al generar conocimiento se informa a la disciplina de enfermería, se incrementa de lo que es conocido sobre la actividad profesional.

Definitivamente la aproximación a los significados como práctica social, permitirá aportar a la construcción de conocimiento, a la comprensión de una realidad que parece conocida, pero poco explorada, pasar de un conocimiento de enfermería de tipo empírico al personal, ético y estético; como lo manifiesta Carper (1978) esto significa que la Educación para Salud reviste una tarea trascendental e integral, que demanda una formación continua, un especial espíritu creativo y crítico.

En el cual, el proceso educativo desde sus principios, conceptos y fundamentos provenientes de la ética, la filosofía y la antropología filosófica, deben posibilitar la comprensión del cuidado de enfermería que implica según Ospina, Sandoval,

Aristizábal y Ramírez (2005) en su artículo La escala de Likert, la valoración de los conocimientos y las actitudes de los profesionales de enfermería además de:

(...) la reflexión del profesional sobre su práctica, su transformación de acuerdo con los cambios en el contexto socio-político, económico y cultural y con los retos y desafíos que tiene que enfrentar para dimensionar el cuidado en los nuevos escenarios que debe compartir con otras disciplinas y sectores de la sociedad. Es por ello que busca determinar cuáles son los conocimientos que tienen los profesionales de enfermería sobre el cuidado de la salud de los colectivos humanos, analizar la interacción existente entre los conocimientos, las actitudes y las prácticas, e interpretar cómo estas categorías se expresan en el cuidado de la salud en los escenarios sociales, además de analizar los objetos de transformación actuales y emergentes en la práctica de enfermería y su aporte al desarrollo científico, técnico y humanístico de la profesión.

Con este horizonte de pensamiento, se abre el camino para plantear algunos lineamientos generales que pueden apoyar el pensamiento sobre la Educación para la Salud y las estrategias más pertinentes de potenciación, como función inherente a la profesión de enfermería; a modo de contribución al desarrollo humano con una posibilidad educativa a partir de nosotros y en nuestra relación con los otros, como lo señaló Freire (1986) "sólo la educación para la vida es capaz de extrapolar la constatación y posibilitar la intervención. ¡Nos educamos o morimos! Sin embargo, no basta con que comprobemos las necesidades educativas, también es necesario intervenirlas". (p. 51)

1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el significado que han construido de la Educación para la Salud, durante sus prácticas clínicas y comunitarias, las estudiantes que cursan noveno semestre de enfermería, en una universidad privada de Medellín?

1.4 OBJETIVO GENERAL

Interpretar el significado que han construido de la Educación para la Salud, durante sus prácticas clínicas y comunitarias, las estudiantes que cursan noveno semestre de enfermería, de una universidad privada de Medellín.

1.5 PROPÓSITO DEL ESTUDIO

Con la interpretación del significado de la Educación para la Salud, que han construido las estudiantes de enfermería, buscamos aportar a la reflexión académica que se pueda generar en torno a los resultados que arroje esta investigación. También servir de referente para futuros trabajos que deseen construir una teoría propia de la temática que aquí se abordó, la cual no se constituye como fin de esta investigación.

2 MARCO REFERENCIAL

“Todos nosotros sabemos algo. Todos nosotros ignoramos algo. Por eso, aprendemos siempre”

Paulo Freire

En este apartado iniciamos un acercamiento a la concepción de la Educación para la Salud, al contemplar su proceso histórico considerando diversas posturas ideológicas, además del aporte que otras áreas le han brindado y que nos permiten interpretar los cambios significativos que se vienen dando en este campo. Porque sin reconocer la importancia del pasado, no podemos avanzar hacia el futuro o como lo manifiesta Freire (1992) “No existen los unos, sin el otro, más ambos en permanente interacción (p.42).

2.1 RECORRIDO HISTÓRICO

Aunque no hay un purismo filosófico en Educación para la Salud, Salleras (1985) distingue un período clásico, este se destacó por una concepción de Educación para la Salud enfocada al individuo, a que le permitiera acciones, para incrementar su responsabilidad en el cuidado de la salud, personal y en procura de cambiar comportamientos que no son saludables.

Algunos autores y grupos de trabajo postularon definiciones y métodos de intervención, uno de los enunciados fue propuesto por Wood (1926 citado en Díaz, de S. 2002) quien define la educación sanitaria como "la suma de experiencias que influyen favorablemente sobre los conocimientos, actitudes y hábitos relacionados con la salud del individuo y comunidad" (p. 78).

Gilbert (1959 citado en Pozo, 2005) la define como "la instrucción de las gentes en materia de higiene, de forma que apliquen los conocimientos adquiridos al perfeccionamiento de su Salud" (p.4). Y años después, Kals y Coobs (1966 citado en Pozo, 2005) precisan la Educación para la Salud como "Cualquier actividad realizada por una persona que cree estar sana con el propósito de prevenir la enfermedad o detectarla en estadio asintomático" (p.4).

Lo que pretendían era capacitar a los individuos y colectividades para adquirir y conservar hábitos de salud positivos, usando adecuadamente los servicios sanitarios, influyendo para que la toma de decisiones sea la más correcta, posibilitando la modificación de comportamientos además de atender las necesidades de la población que estaban dirigidas hacia la acción en cualquier estado de salud en que se encontrara el individuo.

Los aportes brindados por los anteriores autores posibilitaron asumir la Educación para la Salud, como intervención para transformar conductas que se presentaban

en la época correspondiente, pero fueron criticadas por prescindir de consideraciones como factores ambientales, físicos y sociales, fundamentales en la adopción de comportamientos saludables.

El grupo científico de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S) (1969 citado en Díaz, de S. (2002).definió la Educación para la Salud, como:

El proceso que se interesa por todas aquellas experiencias de un individuo, grupo o comunidad que influyen las creencias, actitudes y comportamientos en relación a la salud, así como por los esfuerzos y procesos que producen un cambio cuando éste es necesario para una mejor salud. (p. 84)

Con este axioma se pretendía instruir a los individuos y colectividades para alcanzar y conservar prácticas de salud, destacándose este periodo por el predominio de enfoques de Educación para la Salud, como lo expresa García et al. (2000) como el Biologicista, basado en la praxis médica,

(...) los factores etiológicos y las enfermedades son producidos por entidades que interactúan y se desarrollan al margen del escenario donde la gente vive y se relaciona con los comportamientos que las personas tienen (...). (p 88)

De los anteriores enfoques, se derivaron modelos que permitieron en el campo de la Educación para la Salud, analizar lo que se venía dando en esa época; entre ellos están, el Modelo biomédico: García et al. (2000)

Se basa en principios de la medicina clínica, considera el comportamiento individual como agente etiológico de la enfermedad, su meta la modificación de actuaciones individuales. Plantea la necesidad que el paciente adquiera conocimientos que le permitan continuar con el tratamiento prescrito. (p. 90)

Después del modelo biomédico, éste autor retoma algunos postulados epistemológicos de la psicología, que busca la transformación de esos comportamientos, impartiendo conocimientos mediante una pedagogía clásica que enseña con la ayuda de profesionales en salud.

Y desde el Modelo conviccional o de creencias en salud, Health Believe Model; (M.C.S.; H.B.M.), formulado originalmente por Rosentock y Leventhal (1950 citado en Serrano 1989) se intenta:

(...) Predecir y explicar el comportamiento en salud. Considera que las creencias individuales o las percepciones que tenga la población, sobre la enfermedad intervienen en las decisiones de las comunidades sobre los comportamientos que se relacionen con la salud, por lo que se necesita inducir al individuo, para que adopte decisiones saludables, lo que estaría supeditado a las creencias. Para ello se requiere de estímulos internos y externos, como campañas informativas que develarían el comportamiento de la comunidad con relación a la enfermedad y sus medidas preventivas. (p .90)

El anterior modelo, tiene en cuenta variables sociodemográficas, el sistema de asistencia, las características de la relación terapeuta paciente, que no son prioritarias y hacen énfasis en la obtención de la información para el cambio de actitudes.

Así, con el pasar del tiempo, éste fue reformado por no tener en cuenta el medio ambiente social de interacción del individuo y su influencia en las conductas de salud, considerándose una propuesta subjetiva, por lo que fue abandonado progresivamente a medida que surgían otras formas de intervención en Educación para la Salud, basadas en modelos como el de decisiones en salud expresado por García et al. (2000), como el psicologicista, el cual se fundamentó en el modelo conviccional o de creencias en salud, intentó superar los postulados que se hicieron sobre él, retomando aportes de literatura científica que estaban orientadas a la relación entre paciente y terapeuta además, del cumplimiento de lo estipulado para mejorarla.

Hacia 1978 se da la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, que expresa:

(...) la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todos los trabajadores de la salud y del desarrollo, y de la comunidad mundial, para proteger y promover la salud de todas las personas del mundo (...). La Conferencia reitera firmemente que la salud, que es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un

derecho humano fundamental, y que el logro del nivel de salud más alto posible es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización requiere la intervención de otros muchos sectores sociales y económicos, además del sector de la salud.

En 1979 se formula un modelo denominado: persuasivo-motivacional, de corte psicologista, conocido también como modelo preventivo, Salleras (1990 citado en Serrano (2000) lo relaciona como “fundamental y posterior” (p. 91). En el cual todo proceso informativo, debe ser con excelentes medios de comunicación, que difundan información verdadera, no parcializada, coherente, de fácil comprensión y difundida en forma reiterativa.

A partir de 1980 surgieron otros modelos denominados críticos, su fundamento era científico y metodológico, se clasificó en modelo político - económico - ecológico. Según éste mismo autor, también fue llamado “Ambientalista, radical y ecológico, destaca el fracaso de los programas de Educación para la Salud, destinados sólo a la modificación de conductas, si no se consideran de forma esencial los determinantes socioeconómicos y ambientales que influyen en ellas” (p.85).

Se piensa en este modelo que “los Programas educativos han tenido un carácter culpabilizador hacia el comportamiento individual, cuando el verdadero responsable es el ambiente social en el que se desenvuelve el individuo” (p.85). Así los más pobres, tienen mayor riesgo de contraer enfermedades.

El modelo de desarrollo personal y de habilidades sociales, según Salleras (1990 citado en Serrano (2000) considera que los agentes conductuales son la prevención, la intervención terapéutica y rehabilitadora; lo que se hace o no en una situación dada y como nos comportamos, propone facilitar a la persona, el elegir adecuadamente la información y sus:

(...) actividades se orientan estratégicamente a aumentar la competencia conductual individual en la toma de decisiones que afectan el bienestar individual, familiar, social, contribuyendo al desarrollo personal y social, a aumentar la autoestima, sentirse bien en el ámbito escolar, familiar y social, dotando de los recursos, habilidades personales y sociales, necesarios para desarrollar la autonomía y responsabilidad en la consecución de conductas saludables. (p .92)

Hacia 1986 en la conferencia de Ottawa, se reconoce que la salud, es responsabilidad de toda la población general, la cual debe trabajar por sus comunidades en lograr aprendizajes de conductas para elaborar:

(...) Una política pública saludable [que a partir de] la promoción de la salud va más allá de la atención sanitaria. Coloca a la salud dentro de la agenda de quienes elaboran políticas en todos los sectores y a todos los niveles, encarrilándolos a que sean conscientes de las consecuencias que sus decisiones pueden tener para la salud, y a que asuman sus responsabilidades para con la salud.

Así los comportamientos individuales y la acción compartida de todos los sectores sociales comprometidos por el bienestar de los individuos, sumados a una

Educación para la Salud contextualizada y propositiva pueden lograr los propósitos de Ottawa.

De igual forma en 1988 desde la Declaración de la 2ª Conferencia Internacional sobre promoción de la Salud, Recomendaciones de Adelaida, llevada a cabo del 5 al 19 de abril en Australia del sur, se identificaron unas áreas específicas para la promoción de la salud que permitieron formular políticas públicas para la salud, crear entornos propios para la salud, desarrollar las aptitudes personales, fortalecer la acción comunitaria y reorientar los servicios de salud.

Según esta declaración la reorientación de los servicios de salud deberá responder a políticas transformadoras que ubiquen al individuo como protagonista y no solo como espectador de su salud, así la Educación para la Salud también es indispensable en dicha transformación, porque sin ella la relación usuario-servicios de salud no será posible.

Se propone en Suecia 1992, la Declaración de Sundsvall sobre entornos que apoyan la Salud:

(...) numerosos ejemplos y enfoques que podrían poner en práctica los responsables de las políticas, los niveles de toma de decisiones y los agentes comunitarios de salud y del medio ambiente para crear entornos propicios. La Conferencia reconoció que todos tenemos un papel que desempeñar en esta tarea.

La invitación de esta conferencia involucra a todos los actores de los servicios de salud a enfocar sus esfuerzos en proporcionar espacios saludables, amigables, capaces de promover posiciones políticas saludables en la cotidianidad de individuos, familias y colectivos. Por ello La Declaración de Bogotá, va en consonancia con el propósito de un desarrollo que logre el equilibrio entre salud y equidad entre los esfuerzos humanos, económicos, sociales y políticos, que permitan conseguir las metas fijadas por las naciones del mundo, desde la Educación para la Salud como una opción de bienestar para todos.

En 1993 Puerto España, Trinidad y Tobago, también trazan medidas que buscan la integración al tener en cuenta la carta del Caribe para la promoción de la salud, mediante fuerzas externas e internas que posibiliten en los individuos interpretar y aplicar conocimientos y prácticas que redunden en su bienestar.

(...) Las naciones del Caribe están orgullosas, y con razón, de sus avances en el campo de la salud. Sin embargo, sus gobiernos, conscientes de que los problemas de salud de hoy y de mañana son cada día más complejos y están crecientemente ligados a factores sociales, económicos y del comportamiento, piensan que este es el momento de adoptar un nuevo enfoque. La urgencia de la medida se intensifica no sólo por el cambio de los patrones de los problemas de salud de la población, sino también por los efectos desfavorables que los programas de ajuste estructural de sus economías han tenido sobre su bienestar.

La Declaración de Yakarta en 1997 para la Promoción de la Salud en el siglo XXI en Indonesia establece la salud como un derecho que es indispensable (...) para el desarrollo social y económico, reiterándose una vez más que cuando las personas han recibido Educación para la Salud, tienen mayor capacidad de participar activamente en la recuperación, protección y mejoramiento de su salud.

En junio del 2000, se llevó a cabo en México la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de Salud, donde los asistentes se pronunciaron sobre varios aspectos, algunos de ellos son:

- Reconocemos que el logro del grado máximo de salud que se pueda alcanzar es un valioso recurso para el disfrute de la vida y es necesario para el desarrollo social y económico y la equidad.
- Observamos que, a pesar de esos progresos, aún persisten muchos problemas de salud que entorpecen el desarrollo social y económico y que, por tanto, deben abordarse urgentemente para fomentar la equidad en el logro de la salud y el bienestar.
- Concluimos que la promoción de la salud debe ser un componente fundamental de las políticas y programas de salud en todos los países, en la búsqueda de la equidad y de una mejor salud para todos.
- Comprobamos que existen abundantes pruebas de que las buenas estrategias de promoción de la salud son eficaces.

No solo se hace necesario Educar para la Salud y posibilitar a las personas la adquisición de un concepto más amplio de lo que es su salud y de lo que pueden hacer por ella, es indispensable que todos los sectores sociales de un país se tracen objetivos más humanos que económicos, más plurales que singulares, porque no solo se logra la salud cuando se tiene el conocimiento, es necesario tener los escenarios apropiados para aplicarlos.

En la declaración del Milenio también en ese mismo año, 189 países se comprometieron a través de unos objetivos a establecer en forma concreta medidas que permitieran entre otros un acercamiento a la comunidad con mayor problemática sociocultural y así contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida.

El Informe de Macroeconomía y Salud; en el 2001 Invertir en Salud en Pro del Desarrollo Económico “(...) propone una nueva estrategia de inversión en salud para fomentar el desarrollo económico, en especial en los países más pobres del mundo, basada en una nueva alianza mundial entre los países en desarrollo y los países desarrollados”, lo que incidiría en una Educación para la Salud eficaz, que llega a todos y es capaz según García et al. (2000) de:

Producir cambios a nivel de los conocimientos, de la comprensión o de las maneras de pensar; puede influenciar o clarificar los valores; determinar cambios de actitudes y de creencias; facilitar la adquisición de competencias; incluso puede producir cambios de comportamientos o de modos de vida. (p.38)

Aunque los modelos presentados en cada época recopilaban la intención de facultar a la población de elementos que le permitieran ampliar su intervención sobre el proceso salud y enfermedad, se nota en ellos que dejan de lado factores intervinientes a nivel ambiental, físico, económico, social, religioso entre otros, que pueden ser de gran relevancia para que se tengan comportamientos saludables.

se continuó en el 2001 y en los años siguientes, consolidando a nivel mundial acciones a favor de la salud, mediante eventos de gran relevancia algunos de ellos fueron: El Foro para la Promoción en las Américas (Chile) 2002, la Renovación de la APS, 25 años de Alma Ata (CD 44.RD) en el 2003, documentos técnicos de la Organización Panamericana de Salud, la Carta de Bangkok, la Declaración de Montevideo 2006, ODM Documento: Promoción de la Salud: Logros y enseñanzas extraídas entre la carta de Ottawa y la Carta de Bangkok y perspectivas para el Futuro 2006, Rostros, Voces y Lugares de los ODM 2007 Metas Reg. de RRHH 2007-2015 (CD 47.R19), Alianza Panamericana para la Salud y el Desarrollo por la consecución de los ODM: Informe Mundial de la Salud sobre APS (IMS) Crisis Financiera Global 2008, Reporte de la CDS, entre otros.

Otro aporte significativo en relación a la Educación para la Salud, se relaciona con las contribuciones realizadas en medicina social, por ser un elemento de análisis para el abordaje de estas temáticas y que se vienen a desarrollar con fuerza en los años setenta, como lo expresan Iriart et. al. (2002-1 Enfoques teórico-metodológicos: diferencias con la salud pública) con los trabajos realizados por

Juan César García, María Isabel Rodríguez, Miguel Márquez con investigaciones y análisis sobre la educación médica, las ciencias sociales en medicina, los determinantes de clase social en los resultados de salud-enfermedad entre otros, impulsando esta área, además posibilitó la consolidación de encuentros como: Cuenca I y II, realizados en Ecuador:

En dichos eventos se analizó la práctica convencional de la salud pública y de la medicina preventiva "centrado en el análisis estático de los fenómenos sociales, eliminando el carácter de procesos de dichos fenómenos y desligado de la base material en la cual estos se producen... en estas condiciones, la salud aparece como un valor, como un servicio con vida autónoma dentro de cualquier sociedad, impidiendo entender las relaciones dinámicas entre la salud y otras esferas del proceso social se resaltó la importancia de construir un modelo alternativo -desde el método histórico estructural- en torno a las siguientes características: "Centrarse en el análisis del cambio, incluir elementos teóricos que permitan investigar la realidad en términos de sus contradicciones internas y permitir el análisis tanto de niveles específicos de la realidad como de niveles estructurales y las relaciones entre ambos

Y según Granda (2004), en propuesta: ejes centrales en el pensamiento médico social latinoamericano, expone que se consolidaron los Centros de Estudios y Asesoramiento en Salud (CEAS) de Ecuador, el Grupo de Investigación y Capacitación en Medicina Social (GICAMS) de Chile, el Centro de Estudios Sanitarios y Sociales (CESS) de Argentina, la Asociación Brasileña de Salud Colectiva (ABRASCO) entre otros, que son retomados en algunos países como

México, Colombia, Venezuela, Brasil, Cuba y Perú, con la estructuración de estudios a nivel de pregrado y posgrado, lo cual hace que se tenga una visión de la Educación para la Salud, según lo plantea Arango (2008, debate) enriquecida con:

Postulados numerosos (as) defensores (as) de la medicina social, la salud pública alternativa y la salud colectiva, [que] han aportado a los debates sociopolíticos, en Latinoamérica desde diversas áreas del saber planificación, sociología, epidemiología social, economía, antropología, medicina, historia, enfermería, ciencias políticas... [en la que] se destacan *Edmundo Granda, Carlos Bloch, Jaime Breilh, Sonia Fleury, Saúl Franco, Cristina Laurell, Everardo Duarte Nunes; Miguel Márquez, José Teruel, Francisco Rojas Ochoa, María Isabel Rodríguez, Carlos Vidal, Helena Restrepo, Pedro Luis Castellanos, Hugo Mercer, Mario Testa, Héctor Abad Gómez, Hesio Cordeiro, Sergio Arouca, Hugo Bhem...* Entre otras muchas personas que han mantenido de una u otra manera desde la academia, la investigación y la conducción de proyectos y/o políticas sanitarias, importantes avances teórico-metodológicos en la defensa indeclinable de la salud y la vida; han contribuido a consolidar en esta región los postulados políticos de la promoción de la salud, desde posiciones ideológicas y paradigmas que defienden la existencia humana sin vergonzosos saldos de iniquidad, violencia, miseria, exclusión, muertes/enfermedades evitables, explotación, confrontaciones bélicas así como la preservación de la enorme biodiversidad planetaria.

Lo que nos permite acercarnos con este autor a una concepción en la cual argumenta que:

La falta de explicitación de los supuestos teóricos en la medicina y la salud pública anglosajonas de corte empírico no significa ausencia de teoría. Por el contrario, una postura ateórica o antiteórica significa que la teoría fundamental está implícita y que muchas veces la desconocen los propios investigadores.

Granda en lo que se refiere a la relación entre la teoría y la práctica, desde la perspectiva de la medicina social usa el concepto de praxis, entendida como la interrelación entre pensamiento y acción. En este sentido, los líderes de la medicina social, influenciados por el pensamiento de Gramsci, destacan el doble camino de la teoría que contribuye a los esfuerzos tendientes al cambio social, pero se nutre, a la vez, de estos esfuerzos. (23, 24).

La Organización Panamericana de la Salud, en el informe anual de la directora 2009: *Hacia la Salud para Todos: Avances en torno a la Atención Primaria de Salud en las Américas*. Se resalta la importancia de la “cooperación técnica, en el marco del Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana correspondiente a 2008-2012, aprobado por los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud”. Además de promover enfoques que contribuyan a mejorar en forma imparcial la atención primaria en salud, por ello en el informe se destaca:

(...) Muchos países han aplicado el enfoque solo de una manera selectiva, usando unas pocas intervenciones de gran impacto para grupos o enfermedades específicas u ofreciendo atención básica y de bajo costo a los pobres. Solo unos pocos países de la Región (Canadá, Chile, Costa Rica y Cuba, entre otros) han hecho

tradicionalmente de la atención primaria de salud un pilar de sus sistemas de salud y se encuentran entre los países que han logrado los mejores resultados en materia de salud.

La Declaración de Medellín dada en el 2009, en la 4ª. Conferencia Latinoamericana de Promoción de la Salud y Educación para la Salud de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud- UIPES, reunidos bajo la convocatoria de la Oficina Regional Latinoamericana de la UIPES- ORLA y la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, en Medellín, Colombia, se hace un llamado:

A la solidaridad y a la responsabilidad política de los gobiernos y de las organizaciones no gubernamentales. Para hacer realidad la salud y mejorar la calidad de vida, a través de la Promoción de la Salud y la Educación para la Salud hemos de basarnos en la equidad, el desarrollo humano, la dignidad, la justicia social y los derechos humanos. A la construcción y fortalecimiento de capacidades en promoción de la salud y Educación para la Salud en los diversos países, a través de la formación de pre y posgrado o educación continuada, como una prioridad para la acción. Para esto es muy importante el apoyo y respaldo de las instituciones que hacen parte del Consorcio Interamericano de Universidades y Centros de Formación en Promoción de la Salud y Educación para la Salud CIUPES como también las oportunidades de ofrecer capacitación en forma virtual y coordinada a través de instituciones en toda la Región (como el Campos Virtual de Salud Pública de la OPS).

En esta conferencia, la propuesta dada por Sáinz (2009) trabaja sobre ¿qué es la Eps? aludiendo que es un:

Proceso deliberado de comunicación y de enseñanza-aprendizaje orientado a la adquisición y fortalecimiento de los comportamientos y estilos de vida saludables, a favorecer las elecciones positivas para la salud y a promover los cambios en los comportamientos y estilos de vida no saludables o de riesgo.

Y Laurri (2005 ,2) en su artículo Comunicación y Educación para la Promoción de la Salud, aporta al concepto de Educación para la Salud como:

La educación es un derecho para todas las personas, hombres y mujeres, de todas las edades. La educación es capaz de ayudar a garantizar un mundo más seguro, más sano, más próspero y ambientalmente más puro y que simultáneamente contribuye al progreso social, económico y cultural. La educación es una condición indispensable, aunque no suficiente, para el desarrollo personal y el mejoramiento social.

La Educación busca el desarrollo de las capacidades humanas para formar una persona plena. Este desarrollo adquiere un doble movimiento, el de extraer, sacar, desplegar del interior de la persona sus grandes potencialidades y el de conducir esas potencialidades para el logro de una personalidad completa en sus diversas dimensiones humanas.

Es enfático al considerar que:

Es un proceso de desarrollo del fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La Educación para la Salud incluye no sólo la información relativa a las

condiciones sociales, económicas y ambientales que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo.

Por eso a partir de la educación se debe contribuir a la formación, el progreso holista y solidario de las personas, las comunidades y las sociedades. La educación es la vida y la vida es la educación, dice el informe Faure (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO] 1996, 15) por lo que se requiere “Aprender a ser” y si la vida es educación, (Ministerio de Educación Nacional [M.E.N] 1994).

Significa que la persona reflexiona y si la educación es vida, significa que la persona proyecta, actúa. Esto es pensamiento y acción. Es tomar el timón de la propia vida e intervenir en la historia para dirigirla. Como lo deja manifiesto Pérez (2007,1) “la importancia y la necesidad de perfeccionar la Educación para la Salud, sin acomodarnos a lo mucho que se haya hecho o que se viene haciendo”.

Y adentrándonos un poco más sobre el concepto de educación, retomando Freire (1993), una educación entendida como: “ (...) práctica de libertad, al contrario, de aquella que es práctica de la dominación, implica la negación del hombre abstracto, aislado, suelto, desligado del mundo, así como la negación del mundo como una realidad ausente a los hombres” (p.88). Lo que nos lleva a maestros (profesionales de enfermería) que tengan como norte una educación humanista sin olvidar que:

Ahora, ya nadie educa a nadie, así como tampoco nadie se educa a sí mismo, los hombres se educan en comunión, y el mundo es el mediador. Mediadores son los objetos cognoscibles que, en la práctica "bancaria", pertenecen al educador, quien los describe o los deposita en los pasivos de los educandos. (p. 86)

En el cual la educación se ejerza en forma democrática y para ser vivida en libertad con conciencia, comprensión, autonomía, transparencia, conocimiento, asertividad, dialogicidad y que consienta un acercamiento a la realidad de los individuos y sus contextos.

Para ello se depende de la relación hombre-sociedad, entendiendo sociedad como grupo de sujetos que pertenecen a culturas similares o diferentes, con relaciones mutuas, que generan cooperación para constituir grupos o comunidades, que interactúan a nivel económico, político, entre otros; estos a su vez se configuran en modelos de calidad de vida para toda la población.

2.2 Avances en investigaciones sobre la Educación para la Salud

Hoy en día se requiere de un ejercicio profesional de enfermería que lidere procesos, entre ellos el investigativo y las intervenciones educativas, con objetivos claros, adaptados al contexto, con una metodología para la enseñanza del aprendizaje significativo, que logre en la comunidad estilos de vida saludables, con

niveles de motivación sostenibles, que generen desarrollo en la sociedad y conserven prácticas a corto, mediano y largo plazo.

Por ello en algunos países se encuentran avances en publicaciones que dan cuenta de la concepción que tienen de la Educación para la Salud, algunos de ellos son: Cuba, que tiene también la inquietud de abordar la Educación para la Salud, con la publicación de la Revista Cubana de Salud, la cual cuenta con temáticas en esta área, entre otros temas, como producto de foros, debates, simposios, que han sido denominados "*Heliodoro Martínez Junco In Memoriam*," lo cual destacan en su editorial La Educación para la Salud y la estrategia de salud de la población (2007, editorial) con un enfoque cooperativo que puede lograr el ideal de salud del pueblo y de los eventos con comportamientos saludables que involucren lo particular y lo social.

Entre sus diversas divulgaciones se cuenta con: El debate en torno a la Promoción de Salud y la Educación para la Salud, Sanabria (2007, simposio) con palabras claves como Promoción de la Salud, Educación para la Salud, Debate teórico; para desarrollar una serie de elementos significativos en el entorno cubano con la promoción de la salud y un acercamiento al elemento constitutivo de la Educación para la Salud, para concluir que existen retos que se deben abordar en ambas propuestas, para afrontar la brecha amplia, que se forma en los contextos que interactúa el hombre y mejorar la calidad de vida de sus habitantes.

En Chile, la facultad de enfermería de la Universidad de Concepción, se ha encaminado a conocer la interacción del profesional de enfermería para considerar la Educación para la Salud en la comunidad a través de los diversos programas que tienen para atender a la población.

Jara, Polanco y Alveal (2005,2) establecen que para ellos, es relevante ahondar sobre el papel que desempeñan los profesionales en enfermería en el rol de las estudiantes de la facultad, mediante investigaciones que determinaron una imagen variable en directa proporción al avance del nivel de educación que tengan e influenciada por el esquema del centro universitario, donde es formado, además de concebirse como cuidadores y una percepción diferente tenía la población, que los consideraba como personas con la facultad de orientar un trabajo realizado en grupo, más no de ser la encargada de cuidar y brindar conocimiento en esta área.

En Colombia, la Educación para la Salud puede ser analizada entre otros aspectos con investigaciones a nivel de las universidades, lo cual será retomado más adelante y a partir de las campañas lideradas por el Ministerio de Protección Social, aspecto que puede abordarse en múltiples ópticas, una de ellas sería adentrarnos un poco más sobre el concepto de educación en esta área, a la cual le hacen énfasis como una forma de dar respuesta a las diferentes propuestas que tiene el país, por ello se puede ver en su apuesta un sentido educativo que busca un abordaje social al retomar a Freire (1993) en una educación entendida como:

(...) práctica de libertad, al contrario, de aquella que es práctica de la dominación, implica la negación del hombre abstracto, aislado, suelto, desligado del mundo, así como la negación del mundo como una realidad ausente a los hombre.(p.88)

La que permite vislumbrar la magnitud del pensamiento, mirar lo cognitivo y lo comunicativo, en el cual este último permite a los hombres del comprender verdadero el significado de las relaciones que establece con el otro.

Retomando la intervenciones de las universidades que tienen facultades en el área de la salud y la educación, en Colombia, algunas de las investigaciones se refieren al aporte de la Educación para la Salud en temáticas en particulares como: Educación para la Salud de los trabajadores: propuesta teórica – metodológica, realizada por Javier Hernán Parga Coca y María Eugenia Pico Merchán, en 1991, Educación para la Salud una propuesta pedagógica para los niños de educación preescolar de Andrea Londoño Barrera, La participación de la enfermería en el trabajo de la salud colectiva junio de 2005, Investigación y Educación en Enfermería- la alfabetización de adultos: escenario potencial para la promoción de la salud; otras investigaciones en esta línea abordan la planificación familiar, el evitar el uso de sustancias psicoactivas y el paciente con VIH, enfermedad obstétrica.

Otras como la validación de la escala de Likert, como lo relaciona Ospina, Sandoval, Aristizábal y Ramírez (2005) determinó que la intervención del profesional en enfermería:

Puede incrementar los índices de cuidado personal de la comunidad, lo que derivará en acciones que permitan a las personas conservar una vida saludable, generando bienestar a partir de lo que hace para él y los demás, si hace uso adecuado de la Educación para la Salud, a la población que interviene.(p. 87)

Por lo que se abordó con preguntas referidas a varios temas de salud, entre ellos la Educación para la Salud donde se observa el deseo por cuidar a los pacientes, lo que permitió tener un mayor conocimiento sobre la práctica clínica de la enfermería y las representaciones que tienen sobre ella, en este último aspecto al analizar las prácticas en Educación para la Salud.

De lo anterior se interpreta que se ha dado un avance teórico en el estudio de la Educación para la Salud, que ha transitado desde una visión reduccionista clínica, positivista a una visión interactiva, integradora, holística que tiene en cuenta al otro como un sujeto social, con un enfoque orientado hacia la salud y no a la enfermedad.

3. MARCO METODOLÓGICO

Si al franquear una montaña en la dirección de una estrella, el viajero se deja absorber demasiado por los problemas de la escalada, se arriesga a olvidar cual es la estrella que lo guía.

Antoine de Saint- Exupery (1900-1944)

Para el logro del objetivo propuesto en esta investigación el estudio se estructuró a partir de la investigación cualitativa, metodología que permite comprender el contexto y las experiencias que tienen las personas, como lo expone Schwartz (1979, citado en De la Cuesta 2002) esta posibilita:

Predecir el comportamiento humano, y comprenderlo, permiten el acceso a los valores, las creencias, los motivos, los significados, las emociones; buscan comprender los actos diarios de las personas, y su comportamiento en los escenarios y situaciones ordinarias, la estructura de estas acciones y las condiciones que las acompañan e influyen sobre ellas.(p.17).

Así, la investigación cualitativa, proporciona el acercarnos al significante que tienen las acciones humanas, las cuales requieren para su interpretación, el ir más allá de los actos físicos, ubicándolos en sus contextos específicos, por eso, se

busca el significado de los eventos, atendiendo al amplio contexto de la sociedad, como lo interpreta Hamilton (1994 citado por Valles 2003) al enunciar que:

Los elementos de una tradición son tan fácilmente dispersados como preservados intactos, por lo que prefiere relatar la historia de las tradiciones de investigación cualitativa en las ciencias sociales, como génesis y dispersión de una constelación de ideas ante lo cual los científicos sociales han tomado posturas propias, asumiendo que dichas tradiciones no surgieron espontáneamente sino a partir de la herencia intelectual del pensamiento occidental. (p.23).

Además establece un conocimiento práctico similar a la ciencia social aplicada, con un componente dual (empírico y moral) al argumentar que "(...) de cualquier situación que requiera la acción humana; [existe] la unión de las ciencias sociales con las ciencias políticas y morales" (p.23).

Es claro, que la metodología cualitativa está cimentada principalmente por el paradigma constructivista, diferente al tradicional o cuantitativo, en un mundo social complejo y una vida cotidiana dinámica.

Esta perspectiva cualitativa, es reconocida por Denman y Haro (2009) como la interdependencia entre el observador y el observado, los hallazgos son creados en el proceso de la investigación de acuerdo con el contexto, centrado en reconstruir los patrones simbólicos que se expresan de manera intersubjetiva, incidiendo en el mundo de la vida, haciendo también contribuciones ideográficas, acordes con el

supuesto de que todo ocurre en un contexto determinado, tratando de profundizar, particularizar en el conocimiento de realidades complejas, poco conocidas y escenarios naturales, además consideran que:

Se parte, de otros paradigmas, que se concretan en teorías muy disímiles e incluso antagónicas, como el marxismo, la teoría crítica, la fenomenología, el constructivismo, la teoría feminista, el estructuralismo y postestructuralismo, la teoría fundamentada y otros, a pesar de sus diferencias, sostiene la especificidad de un método científico para las ciencias sociales distinto de las naturalezas, en vista de la diferente identidad que mantiene el observador con sujetos de estudio. (p.27)

Dado a que La investigación cualitativa, acerca al investigador o investigadores según lo expresa Mendizábal (2001 citado en Vasilachis 2007) a la “realidad social” (p. 68). Que desea indagar, estudiándola para que se adquiriera un conocimiento mayor sobre el universo que desea interpelar, mediante procesos que le permitan descubrir conceptos para luego relacionarlos y a partir de esta organización comprender el significado o la naturaleza de la experiencia. Por ello se requiere según lo expresa Morse (2007) de:

Cuatro procesos cognitivos de manera integral para todos los métodos cualitativos: comprender, sintetizar, teorizar y recontextualizar. Aunque la naturaleza del tema de investigación, su propósito, el tipo de preguntas, a las limitaciones derivadas del lugar y de los participantes, y los antecedentes disciplinarios del lugar y de los participantes, y los antecedentes disciplinarios del investigador tienen algo de

importancia, en un nivel más amplio los métodos cualitativos escogidos son los que proporcionan la base epistemológica del método. (p.56)

Lo anterior permite la posibilidad de construir relaciones con el sistema, iniciar su intervención individual, expandir su campo de acción, determinar los instrumentos que se requiere para recolectar la información a la vez que él puede convertirse en un instrumento propio de la investigación, incorporar los referentes éticos que considere pertinentes, recontextualizar el rol del investigador y reevaluar constantemente los datos obtenidos.

Para lograr este supuesto Strauss y Corbin (2002) hacen alusión a la necesidad de recolectar datos, “que pueden provenir de fuentes diferentes, tales como entrevistas, observaciones, documentos, registros, películas” (p. 13). Analizarlos para generar conocimiento, ampliar la comprensión de lo estudiado y proporcionar elementos de acción e interacción para el investigador.

Éste método posee características que hacen del investigador, un ser más cercano a la creatividad, como lo manifiestan los autores antes mencionados “la fundamentación de conceptos en los datos y la creatividad de los investigadores” (p.14) expresión que es avalada por Patton (1990 citado en Strauss y Corbin 2002) quien comenta que la investigación cualitativa, requiere del pensamiento crítico, el creativo, como del análisis, por ello postuló una serie de lineamientos para tener en cuenta al momento de ser creativos en la investigación como:

(...) estar abierto a múltiples posibilidades, generar una lista de opciones, explorar varias posibilidades antes de escoger una, hacer uso de múltiples formas de expresión [artísticas] para estimular el pensamiento, usar formas no lineales de pensamiento [evitando ser drásticos en la forma de ver los datos], divergir de las formas normales de pensamiento y trabajo, confiar en el proceso y no amedrentarse, no tomar atajos sino ponerle energía y esfuerzo al trabajo, disfrutar mientras se ejecuta." (p.14)

En este acercamiento a la creatividad Richards y Richards (1991 citado en Morse, 2007) plantean que:

Se suele presuponer que los temas están esperando a ser liberados y que nosotros, por supuesto, reconocemos un tema que emerge como tal cuando lo vemos suceder. Ninguna suposición está justificada por la experiencia de la investigación. (p.278)

Lo que permite al investigador optar por el camino que considere más apropiado para realizar su contacto con lo estudiado y es aquí que una de las opciones puede ser el empleo como estrategia para el análisis de los datos de la Teoría Fundamentada, que permite al investigador según lo esboza De la Cuesta (2002) serle útil, en la medida que proporciona una serie de estrategias para el estudio de un proceso de interacción situado, contextualizado y mediado por asuntos culturales.

Pero sin dejar de lado su esencia y sus orígenes como Teoría Fundamentada, es el concebir al investigador como un aprendiz de las acciones humanas el cual debe interpretarlas, cuestionarlas y volver sobre esas interpretaciones iniciales para determinar las más significativas, así mismo el propiciar el diálogo sobre sus hallazgos, el conocimiento que desarrolla con la comunidad que se estudia, es decir: Galeano (2004) “devolverles la voz, y una explicación clara de por qué se les ha interpretado de esa manera (p.27).

Por ello este diseño constructivista empleado como una estrategia para el análisis de los datos, ya que este diseño como lo propone Charmaz (2006) y quien la describe como, la posibilidad de asumir que las personas crean y mantienen “(...) mundos significativos a través de procesos dialécticos” (p 121).

Hace que se le pueda otorgar significado a la realidad propia e intervenir en ella, así mediante esta propuesta “el investigador puede mover más lejos los métodos de la Teoría Fundada al reino de la ciencia social interpretativa del significado, sin asumir la existencia de una realidad externa unidimensional” (p. 122).

Ésta emerge como método de investigación del interaccionismo simbólico, cuyo principio básico es la capacidad de pensamiento de los seres humanos, el cual es moldeado por la interacción social. En ella las personas aprenden los significados, los símbolos que les permiten ejercer su capacidad de pensamiento y les permiten

actuar e interactuar de una manera humana. Como lo manifiesta Ritzer (1993) las personas son capaces de modificar o alterar los significados y los símbolos con base en la interpretación de la situación y en su capacidad para interactuar consigo mismo, lo que les permite examinar los posibles cursos de acción, valorar las ventajas y desventajas relativas para luego elegir una.

Tuvo su origen según lo expone Blummer (1969) en la sociología y se basó en el pragmatismo surgido en los Estados Unidos de América e Inglaterra al final del siglo XIX y principio del siglo XX, fundamentado en las ideas de Charles Pierce (1839-1914), William James (1842-1910), William Thomas (1839-1947), John Dewey (1859-1952), pero quien ejerció más influencia y lo desarrolló fue George Hebert Mead (1863-1931).

Los creadores del Interaccionismo simbólico, relatan que el conocimiento se procesa a través de la interacción entre los sujetos y el ambiente, así el papel social se presenta como fundamental para el proceso de construcción de conocimiento. De acuerdo con Blummer (1969) todos los comportamientos del ser humano son el resultado de un proceso de interpretación vasta, por él nos guiamos para la definición del objeto, evento o situación.

La acción humana es un proceso continuo de toma de decisiones, resultado de las formas como el hombre percibe e interpreta el mundo. Él investiga el significado de las acciones de las otras personas y a partir de eso define el curso de su

acción. Basado en lo que observa e interpreta, establece un proceso de interacción interpretativa.

3.1 Participantes del estudio

En esta investigación las estudiantes participantes, cursaban noveno semestre en el primer periodo académico del año 2009, en una facultad de enfermería quienes tenían un nivel de formación con mayores experiencias en intervenir como Educadores para la Salud en el ámbito individual y colectivo; a través de sus prácticas clínicas y comunitarias, lo que puede proporcionar información amplia y enriquecedora para el análisis cualitativo del significado que han construido las estudiantes en su función de Educadores para la Salud.

Se tuvo acceso a una población de treinta estudiantes a quienes se les explicó el objetivo de la investigación, su propósito y se les invitó a participar de este proceso en encuentros que se realizarían con las entrevistadoras en forma individual para dialogar sobre la temática central de Educación para la Salud.

Del grupo base, manifestaron participar voluntariamente quince estudiantes, quienes cumplían los requisitos propuestos para la investigación; de éstos, diez se presentaron a entrevistas individuales previamente agendadas y con dos estudiantes se realizó un segundo encuentro, que permitió retomar las preguntas realizadas. Así se completaron un total de doce entrevistas.

Para nosotras fue importante conocer las características socioculturales de las participantes de nuestro trabajo investigativo, tratando de contextualizar los significados que han construido de la Educación para la Salud; interpretar éstos requirió tratar de comprender la percepción del mundo de cada uno de ellos, para analizar los conceptos emitidos particularmente, que a su vez son el resultado de lo cultural, familiar y social que hacen parte de la subjetividad humana manifiesta de formas diferentes.

Todas las participantes eran estudiantes de noveno semestre de enfermería, ninguna se dedicaba a otra actividad o tenía otra profesión, el género partícipe fue femenino. A continuación se detalla información sobre las participantes.

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA DE LAS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA PARTICIPANTES.		
ITEM	REFERENCIA	CANTIDAD
Edad en años.	Veinte.	2
	Veinte y dos.	6
	Veinte y cuatro.	2
Estado civil.	Solteras sin hijos.	Nueve
	Soltera con hijo.	Una.
Tipo de familia.	Nuclear.	Ocho

	Extensas.	Dos
Religión.	Católica.	Nueve
	Cristianismo.	Una
Estrato socioeconómico.	Cuatro.	Cinco
	Cinco	Tres
	Seis.	Dos
Ubicación geográfica de la vivienda.	Envigado.	4
	Laureles.	4
	Belén.	1
	Itagüí	1

El promedio de cada entrevista realizada fue de noventa minutos, lo que arrojó un resultado de un promedio de mil ochenta minutos y fue necesario el empleo de varios meses para concretar los encuentros, de los cuales algunos fueron fallidos debido, a que era un personal que culminaba sus estudios y práctica administrativa II, siendo variable en su horario, tanto a nivel de facultad como de la institución donde desarrollaban sus prácticas académicas.

3.2 Acceso

El acceso al trabajo de campo se realizó con las personas claves de la Universidad, con el propósito de conseguir unirse a éstas y asegurar la continuidad del proceso investigativo. En este sentido se presentó el anteproyecto donde se esbozó, entre otros, el propósito de la investigación, la metodología y cómo se conduciría el estudio.

Después de obtenida la aprobación para la intervención, se realizó una presentación general del proyecto en reunión colectiva a las estudiantes de noveno semestre, ampliándose a nivel individual, a quienes en forma discrecional desearon participar y cumplieran con los requisitos de ser estudiantes de enfermería, matriculados en el noveno semestre en la facultad para el año 2009 y que tuvieran aprobado las asignaturas correspondientes a prácticas clínicas y comunitarias.

3.3 Recolección de la información

Para la recolección de información se empleó la entrevista, que dentro de la investigación cualitativa, según Álvarez, Jurgenson (2009) tiene en su finalidad entender el mundo, pero se hace con el entrevistado y el entrevistador debe

fragmentar el significado de esta. Ellos definen unos elementos primordiales a tener en cuenta para comprender la entrevista como:

- El mundo de la vida: se considera e tema de la entrevista cualitativa, es la vida de la persona entrevistada y su relación con la propia vida.
- Significado: La entrevista busca descubrir e interpretar el significado de los temas centrales del mundo del entrevistado. El entrevistador registra e interpreta el significado de lo que se dice y la forma en que se dice.
- Cualidad: La entrevista busca obtener un conocimiento cualitativo por medio de lo expresado en el lenguaje común y corriente, y no busca la cualificación.
- Descripción: la entrevista busca descripciones ricas de los diversos factores de la vida de las personas.
- Especificidad: se persiguen descripciones de situaciones específicas, y no opiniones generales.
- Ingenuidad propositiva: el entrevistador mantiene apertura plena a cualquier fenómeno inesperado o nuevo, en vez de anteponer ideas y conceptos preconcebidos.
- Focalización: la entrevista se centra en determinados temas, no está estrictamente estructurada con preguntas estandarizadas, pero tampoco es totalmente desestructuradas.
- Ambigüedad. Las expresiones de las personas entrevistadas pueden en ocasiones ser ambiguas, reflejando así las contradicciones con las que se vive una persona en su mundo.
- Cambio: el proceso de ser entrevistado puede producir introspección en el individuo, por lo que, en el curso de la entrevista, éste puede cambiar las descripciones o los significados respecto de cierto tema.

- Sensibilidad: diferentes entrevistadores propician diferentes respuestas sobre determinados temas, dependiendo de su grado de sensibilidad y conocimiento sobre el tema en particular.
- Situación personal. El conocimiento se producirá a partir de la interacción personal durante la entrevista.
- Experiencia positiva: una entrevista de investigación bien realizada puede constituir una experiencia única y enriquecedora para el entrevistado, quien a lo largo de ella puede obtener visiones nuevas acerca de su propia situación de vida (109-110)

La investigación cualitativa contempla el empleo de la entrevista semiestructurada, según Álvarez, Jurgenson (2009) está constituida por una serie de preguntas sugeridas que provienen de un tema, hay apertura en relación con el orden y la forma de aplicación a los entrevistados, además subrayan la importancia de contextualizar a los entrevistados antes y al culminar el encuentro para “describir la situación, explicar brevemente el propósito del estudio y de la entrevista, aclarar el uso de la grabadora y preguntar antes de iniciar la entrevista, si la persona tiene alguna duda que desee plantear al entrevistador” (p. 11-12).

Kvale (1996 Citado en Valles 2007) considera que una de las formas de evaluar si la entrevista realizada fue acertada o no, es al considerar si:

- Las contestaciones del entrevistado se presentan espontáneamente, con riqueza y especificidad, y han dado respuesta de manera importante al entrevistador.
- Las preguntas son breves, y más amplias las respuestas.

- El entrevistador da seguimiento y clarifica los significados de los elementos importantes de las respuestas.
- La entrevista ideal se interpreta en gran medida durante la entrevista misma.
- El entrevistador intenta verificar sus interpretaciones de las respuestas.
- La entrevista es comunicable por sí misma, es decir, es una historia que no requiere muchas descripciones ni explicaciones adicionales.(p .112)

Rubin, Rubin (1995 Citado en Valles 2007) exponen que este tipo de entrevistas pueden ser elaboradas previamente, para ser aplicadas a todos los participantes, sin embargo permite ser flexible en cuanto al nivel de profundización, mediante un acercamiento a la misma pregunta realizada.

En esta investigación el dialogo que se propició entre investigadoras y participantes, por medio de la recolección de datos, se basó en preguntas, que podían responderse con libertad (ANEXO 1) para conocer e indagar por el acercamiento a la Educación para la Salud, que poseen los futuros profesionales de enfermería.

3.4 Requerimientos éticos

La ética se manifiesta esencialmente en una actitud de respeto y legitimidad en dirección al otro; que exige una particular reflexión al considerar la autonomía, los aspectos morales, el diálogo, el aprendizaje y una determinada capacidad de deliberación e intencionalidad frente a lo que se desea.

En coherencia con lo dicho por Mondragón (2007) en el desarrollo de la investigación se establecieron relaciones con grupo e individuos. Si bien el objetivo era avanzar en el conocimiento, esta meta no nos exoneró de salvaguardar los derechos de los participantes y asegurar que su bienestar físico, social y psicológico no se viera afectado.

Se protegieron sus derechos, intereses, sentimientos y privacidad, a la vez que se constituyó en una preocupación permanente el reconocimiento de la dificultad de establecer un equilibrio entre los conflictos de intereses potenciales y la necesidad de llevar a cabo los procesos de la investigación.

Es imperativo, según lo expresa Galeano (2004) “trascender la producción de conocimiento, permitiendo una relación ética con los sujetos sociales con los que se interactúa, relación que se fundamentará en el respeto por la diferencia de saberes, opiniones, visiones y patrones de comportamiento” (p. 71).

La participación en el proyecto de investigación, fue una decisión libre y autónoma de las estudiantes y la universidad. Se contó en el consentimiento libre, consciente y reflexivo de aquellos sujetos que se estudian Galeano (2004). Esto implicó la responsabilidad de explicarles, tan completo como fuera posible y en términos que los participantes comprendieran, los propósitos, el sentido del trabajo, la forma como se llevaría a cabo, destinatarios y formas de divulgación.

La consideración del otro como sujeto social, portador de derechos y deberes con posibilidad de contribuir en la construcción y aplicación de conocimientos exigió relaciones horizontales, implicó preparación científica, técnica y humana que habilitara para la interacción, vigilar los eventos que el proceso intersubjetivo causó sobre las personas y las organizaciones con que se trabajó. Mondragón (2007).

Por lo que en cada encuentro concertado con anterioridad, teniendo en cuenta la ubicación del participante, para coordinar un desplazamiento asertivo, fue diferente en cuanto a la ubicación espacial, ya que algunos fueron en entornos de práctica, recreativos, académicos, deportivos y familiares, que permitieran en primer lugar, hacer sentir al estudiante con confianza y libertad de responder, en un entorno natural y en el cual el uso de medios magnéticos para el registro de la entrevista no fueran un obstáculo y tampoco manipulados por terceros en forma indebida.

Luego se continuó con la transcripción, análisis y discusión mediante procesos sistemáticos, rigurosos y comunicables, en todo momento se trató al máximo de guardar el principio de integridad, en relación con la verificabilidad, la veracidad de la información y la credibilidad en la construcción y difusión del conocimiento, como lo plantea Galeano (2004).

El consentimiento informado (ANEXO 2), incluyó: establecer acuerdos sobre los temas que se van a trabajar, tiempos, momentos del proceso investigativo, la agenda de entrevistas y la utilización de técnicas de registro. Para validar los hallazgos se invitó a los participantes y a sus compañeros de semestre, a un encuentro en el que se presentaron los resultados del estudio. Durante todo el proceso se tuvo presente como lo describe Galeano (2001):

(...) La confidencialidad y el anonimato como el derecho que tienen los participantes a su privacidad; por lo tanto, se respetarán el derecho a la intimidad no haciendo públicas informaciones que puedan afectar a los actores sociales. Con el fin de salvaguardar los derechos de los informantes, y a veces la integridad de las investigadoras, en el proceso de registro de la información se utilizará seudónimos y se limpiará la información de aquellos datos (nombres, lugares, fechas) que permitan la identificación del informante o de personas a las que ella se refiere.
(p.72)

Por ello, a cada participante se le asignó un seudónimo, el cual es desconocido tanto para él como para la universidad y consta de un nombre genérico, acompañado de un número en el caso de ser una segunda entrevista.

Esta investigación partió de la comprensión según el objetivo general y no requirió procedimientos de intervención ni experimentales. No implicó riesgos para los participantes. Se garantizó una permanente comunicación con el fin de aclarar dudas de parte y parte en lo relacionado con los procedimientos.

Se firmó el consentimiento informado, el cual le fue leído en voz alta y luego puesto a su disposición para una nueva lectura individual, lo que permitió ampliar el conocimiento de su participación en la investigación y aclarar la información dada al inicio del encuentro.

3.5. Análisis de la información

El propósito del análisis fue reconstruir la categoría con la que los participantes vivieron sus experiencias y armaron su concepción de la Educación para la Salud. Para ello fue necesario mantener una posición objetiva, es decir, abierta, escuchar y darles voz a los entrevistados; significó escuchar lo que los otros tenían que decir y representar eso tan precisamente como fuera posible.

Significó, al mismo tiempo, comprender y reconocer lo que como investigadoras, estudiantes de la Maestría Educación y Desarrollo Humano, seres humanos, profesionales en enfermería y en educación, que nos basamos como hace alusión Strauss y Corbin (2002) entre otros aspectos en valores, la cultura, la educación y en las experiencias de situaciones propias vividas como profesionales en el área educativa que son diferentes a la de los entrevistados.

Para lograr la objetividad se mantuvo una actitud de escepticismo. Todos los datos fueron considerados provisionales y validados con otros datos que surgieron del

desarrollo de las entrevistas, hasta llegar a la categoría con sus dimensiones y propiedades.

Una vez terminada cada una de las entrevistas, se procedió a abrir un archivo individual, asignando un seudónimo a la persona que brindó la información, el cual fue tomado de una base independiente salvaguardada, creada con anterioridad al encuentro con los estudiantes.

Para realizar la transcripción de la entrevista, se hizo en formato Word, fuente doce, interlineado 1.5, el nombre del archivo correspondió al seudónimo, dado al participante. Éste contenía las preguntas y las respuestas. A continuación de la transcripción inicial, se convirtió el texto en un relato consecutivo, sin preguntas, cada renglón fue numerado y se inició con el uno hasta el 726.

Se realizaron varias lecturas al relato de las entrevistas, tanto en su transcripción individual como la colectiva, tratando de encontrar frases, ideas y palabras comunes que pudieran dar cuenta del significado que han construido las estudiantes de la Educación para la Salud.

Se emplearon varios colores para empezar a diferenciar las ideas comunes que se iban encontrando: amarillo, rojo, azul claro, azul oscuro, gris, violeta, verde claro, verde oscuro, que sirvieron para agrupar ideas en común, luego se elaboró un formato en Word donde se ubicaron las ideas que se encontraron repetitivamente,

códigos según lo manifiesta Galeano (2004) “en vivo y sustantivos” de las respuestas obtenidas de los participantes y se les asignaron nombres que pudiera recoger la esencia de éstas, cada dato se comparó con nuevos incidentes que emergían de las entrevistas.

En el primer análisis de las respuestas dadas por los estudiantes, etapa de la investigación denominada codificación abierta, como lo esboza Sandoval (1996) se puede tener “el mayor grado de proximidad entre el registro de los hechos, las palabras de los participantes o las características de los fenómenos y documentos observados [en el que] se agrupan basados en similitud o disimilitud de contenido” (p .79).

Éste tipo de codificación: “genera categorías de información iniciales sobre el fenómeno estudiado segmentando la información” (p.161). Lo que se hizo a través de la lectura línea por línea y párrafo por párrafo, buscando incidentes, hechos y comparándolos. La agrupación palabra por palabra, de cada línea de la entrevista transcrita, arrojó mil dos cientos códigos. Cada uno fue codificado en un concepto o abstracción de los datos. Cuando muchos incidentes estuvieron codificados bajo un concepto, estos se convirtieron en subcategorías; según Soneira (2006 citado en Vasilachis 2007) los datos se leyeron y releeron para descubrir relaciones y en tal sentido codificar es ya comenzar a interpretar.

Adentrándonos de esta forma a la codificación axial, una reorganización de los datos, que permitió establecer la categoría, Chenitz (1986) considera que es más que la conceptualización de sucesos similares; bajo la cual se despliega y se descubre la densidad, las propiedades, los escenarios en las cuales ocurren, permite también que emerjan subcategorías.

Por lo que fue necesario analizar cuidadosamente el formato que contenía las ideas centrales que se pretendían estudiar y compararlo con las lecturas de las entrevistas, donde se obtuvieron seis subcategorías: La empatía una estrategia de interacción en la Educación para la Salud, El poder del conocimiento en la Educación para la Salud, El contacto permanente permite Educar para la salud, La Cultura condiciona la Educación para la Salud, La Educación para la Salud Previene la Enfermedad, Educar para la Salud: Dimensión Fundamental del Cuidado Integral que componen la categoría Traduciendo la Información de Otros

En esta investigación el muestreo fue teórico, es decir, el proceso de recolección permitió saturar la categoría a través de estadios sucesivos, determinados por cambios en los criterios para seleccionar los informantes de acuerdo con los aprendizajes que se derivaron de fuentes previas, es decir, los participantes se seleccionan más por los hallazgos que por un diseño estructurado. Galeano (2004).

Las investigadoras como lo argumenta Galeano (2004) “tomaron la decisión, argumentada, sobre la selección de los informantes, escenarios y tiempos” (p.34). El número de personas que hicieron parte del estudio, se seleccionaron con criterio cualitativo (experiencias vividas, motivación para participar en el estudio, el desarrollo mismo de la investigación, entre otras); como lo expresa ésta misma autora, esto hace que los participantes puedan ser pocos, porque lo que interesa es la profundidad y no la cantidad, ni la representatividad matemática.

El muestreo teórico estuvo determinado según lo referencia Strauss y Corbin (2002) por los datos generados por las participantes y su análisis, evolucionó durante el proceso de investigación en la medida que se encontraron repetidamente y que actuaron como condiciones que le dieron las propiedades a la categoría.

Además, fue acumulativo, es decir, cada acontecimiento que entró se sumó al análisis, a la recolección de los datos previos y los aumentó. A medida que se desarrolló la investigación, se volvió más específica, porque ya estaba dirigida a definir la categoría, hacerla más densa y saturada.

De esta manera se llegó como lo establece entre otros Glasser (1978) a la “saturación teórica” (p.124-126). Porque no hubo datos nuevos que emergieron, la categoría estaba bien desarrollada como lo tienen presente Strauss y Corbin (2002) en cuanto a sus “propiedades y dimensiones, y la relación entre las

subcategorías estuvieron bien establecidas y validadas” (p.231). Así, en el momento en que la búsqueda de nuevos cuestionamientos ya no emergían y tampoco sufrían variaciones las subcategorías, consideramos que habíamos llegado a una saturación teórica, que en Strauss y Corbin (2002) es el “ punto en la construcción de la categoría, en la cual ya no emergen propiedades, dimensiones o relaciones nuevas durante el análisis” (p 157).

Todas ellas se representaron en un esquema que se identificó con colores diferentes para posibilitar acercarnos de forma visual y rápida a la información que se requería. (ANEXO 3)

Nos apoyamos en diagramas, según Strauss y Corbin (2002) manifiestan “son mecanismos que dibujan las relaciones entre los conceptos” (p 237). Representaciones visuales de la categoría y sus relaciones; también muestra, los puntos que necesitan desarrollo.

Fueron útiles en la escritura porque visualizaron la fluidez lógica de las ideas y determinaron un punto vital en la argumentación si hacía falta, permitieron ver en forma plana, lo realizado en esa etapa y seguir en diálogo permanente con lo obtenido hasta ese momento, al igual que fueron surgiendo memorandos definidos por Strauss y Corbin (2002) como “registros escritos del análisis (...)” (p 237).

En esta etapa, no se abandonaron las entrevistas, por el contrario acompañaron el proceso con más fuerza y nos permitió asegurar que éstas y el proceso de codificación realizado seguían siendo adecuados.

3.6 Rigor de la investigación

La investigación realizada partió con la óptica de la investigación cualitativa lo que en primer lugar exigió de las investigadoras interesarse como lo describe Vasilachis (2007).

Por la manera en que la complejidad de las interacciones sociales se [expresan] en la vida cotidiana y por el significado que los actores le atribuyen a esas interacciones. Ese interés ubica a los investigadores en situaciones naturales y fomenta el empleo de múltiples métodos para estudiar el método que le concierne.
(p.34)

Se buscó la forma de interactuar con lo que se deseaba estudiar, al elegir un diseño constructivista y como herramienta la teoría fundada, la cual nos permitió, como lo describe Charmaz (2006) acercarnos a reconocer las categorías y conceptos que emergieron de las interacciones del investigador dentro del campo y de preguntas sobre los datos. Aunque no se llegó a crear teoría, se construyó la base para que ésta emerja en próximas investigaciones.

La validación de los datos, se llevó a cabo en varios momentos, el primero hace referencia a que los datos que emergían de cada entrevista fueron contrastados con la siguiente y así sucesivamente. El segundo se constituyó en el encuentro realizado con dos de las estudiantes para ampliar información obtenida, lo que permitió observar que las respuestas se relacionaban con las primeras dadas y que no se encontraron más datos relevantes.

Otros espacios importantes, fueron las dos socializaciones realizadas, en seminario de investigación y en un simposio; el primero contó con la participación de investigadores en varias líneas y quienes sintieron que el diseño elegido fue el más acertado para acceder la investigación.

En el segundo seminario, se tuvo la presencia de investigadores de la universidad en la cual se realizó el estudio, estudiantes que participaron de ésta mediante la entrevista y de otros educandos de la facultad, además de docentes investigadores de otras universidades, quienes validaron que la información presentada contenía el rigor esperado y se ajustaba al diseño elegido para ésta, además que los datos arrojados, reflejan aspectos que deben ser motivo de análisis al interior de la facultad, teniendo en cuenta esta investigación.

Otro rasgo importante en la validación se constituyó la devolución de los resultados a las estudiantes participantes, en este se contó con quince estudiantes, de las cuales, seis habían sido entrevistadas en el proceso

investigativo y nueve que a pesar de no haber participado de la investigación, querían conocer los resultados. Se hizo una presentación general del proyecto y lectura del capítulo de análisis y discusión, para dar paso al espacio para preguntas, sugerencias y demás intervenciones.

Las estudiantes manifestaron que se sintieron reflejados en las apreciaciones hechas por las investigadoras, en especial cuando describe la categoría: “Traduciendo la información de otros”. Refieren que *no lo habían visto así, pero que es lo que hace el profesional de enfermería todos los días con los pacientes y sus familias.*

Según ellas todo el tiempo están complementando, terminando, diciendo en palabras comprensibles para los pacientes las ordenes médicas, la forma en que se deben tomar los medicamentos, los cuidados que deben tener en cuenta en casa. Situación que no debiera ser así; cada profesional tiene la capacidad de educar bien a las personas, sin embargo en la cotidianidad de los servicios de salud esto no se da. Además manifiestan que no todos los profesionales de enfermería lo hacen muchas veces teniendo el tiempo, además les falta voluntad para educar a los pacientes y a sus familias.

Destacaron las subcategorías de: La empatía una estrategia de interacción en la Educación para la Salud y El poder del conocimiento en la Educación para la

Salud, como características propias del estudiante de enfermería, porque según ellas reúnen las condiciones necesarias para el buen desempeño profesional.

Sugirieron que los resultados de este trabajo investigativo sean compartidos con otros estudiantes y docentes de la facultad de enfermería, para que se “piense” en la adecuación de este tema a la formación que reciben las estudiantes en los primeros semestres.

Manifiestan que les gustaría que este mismo trabajo investigativo se realice con profesionales de enfermería que estén laborando para hacer la comparación y mirar diferencias y similitudes.

4. HALLAZGOS Y DISCUSIÓN

“No hay palabra verdadera que no sea unión inquebrantable entre acción y reflexión”.

Freire

4.1 Hallazgos

El análisis de los datos obtenidos de las entrevistas realizadas, logró aproximarnos al significado que tiene para los estudiantes de enfermería la Educación para la Salud, de dicho análisis emergió una categoría y con ella seis subcategorías, a continuación se describe cada una de ellas:

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍAS
Traduciendo la Información de otros	La empatía una estrategia de interacción en la Educación para la Salud
	El poder del conocimiento en la Educación para la Salud
	El contacto permanente permite Educar para la salud
	La Cultura condiciona la Educación para la Salud
	La Educación para la Salud Previene la Enfermedad
	Educar para la Salud: Dimensión Fundamental del Cuidado Integral

4.1.1 Traduciendo la información de otros

Los hallazgos de esta investigación permitieron identificar las particularidades que podrían dar cuenta del significado que los estudiantes de enfermería de noveno semestre han construido de la Educación para la Salud durante sus prácticas clínicas y comunitarias, la característica que se convirtió en categoría central, por ser la que más sobresalió por su presencia reiterativa en las entrevistas fue: Traduciendo la Información de Otros, ésta se convierte en el significado que tiene la Educación para la Salud para el estudiante de enfermería, si pensamos un momento en lo que simboliza traducir, podríamos traer a colación a Heidegger (1982, citado por Escoubas 2006) quien dice “cuando traducimos, se trata de saber, no solo aquello que se traduce, sino también de qué lengua y en qué lengua se lo traduce” (p.3).

Podríamos decir entonces que traducir se convierte en una majestuosa palabra que pone al educando en una posición más que de traductor, de conocedor de la ciencia y de la cultura, que tiene la capacidad además de la formación necesaria de interpretar lo que otros profesionales de la salud dicen, analizarlo, contextualizarlo para entregarlo a pacientes, familias y comunidades en forma clara, comprensible pero sobre todo útil.

El estudiante es capaz de dar cuenta de la diferencia cultural que existe entre el que habla y el que escucha; entiende la diferencia del lenguaje y es capaz de producir uno particular para cada situación, cultura o familia, siempre buscando llenar vacíos de significado para que se conviertan en conocimientos y fortalezas para la vida por medio de la Educación para la Salud.

(...) si nosotros no enseñamos y si no estamos ahí cuidando, nadie lo va a hacer, porque aunque los que curan son los médicos, las que cuidamos somos las enfermeras; otros profesionales si pueden hacer educación, pero ellos no están preparados, su perfil no es ese, ellos simplemente van le transmiten información al paciente y ya, si entendieron bien y si no también, entonces ahí entramos nosotros, a mi me ha pasado mucho que el médico le da información al paciente y él me mira como quien dice ¿qué? Entonces yo me devolvía y les explicaba en palabras que entendiera y que él quedara tranquilo (...) Azucena G.

(...) me parece que la educación es fundamental en el papel de enfermería, porque muchas veces en la parte clínica, en la parte asistencial los médicos no dan ningún tipo de educación, se sientan o van y revisan al paciente, le dan un diagnóstico que no conocen que no tienen ni idea, y a nosotras es las que nos preguntan, ¿qué es eso? ¿Qué me va a pasar?, nosotras somos las que primero aclaramos esa información y damos los cuidados necesarios para que esas personas puedan salir de ese diagnóstico, entonces es muy importante (...) Valentina I

La relación que establece la enfermera con cada uno de sus pacientes es singular, el cuidado ofrecido va más allá del cumplimiento de órdenes médicas, porque posibilita educar para la vida, para cada vida en particular. Es una relación

diferente a la que puedan experimentar otros profesionales de la salud. Así lo refiere Torres (2004) argumentando que:

(...) la enfermera está formada en las ciencias biológicas y sociales, por lo que se reafirma la capacidad de enfermería para participar con un equipo de profesionales de la salud y a su vez, con su propia independencia en los cuidados de salud-enfermedad. El potencial de conocimientos que adquiere en su proceso de desarrollo le da a la enfermera la posibilidad de aplicar a la realidad de cada persona o grupo los cuidados necesarios. Le permite analizar las esferas afectadas y no quedarse solo en la apreciación, sino que su conocimiento le permite la aplicación de la práctica para ayudar al individuo o familia en la satisfacción de las necesidades humanas afectadas. Este tipo de relación interpersonal resulta un tanto compleja y tratar de igualar los sentimientos que acompañan a ambos tipos de relaciones enfermera-persona sana o enferma y médico-paciente sería un error ético, con una gran repercusión social. (p. 363)

Podría interpretarse que el estudiante de enfermería al entenderse como traductor de información estaría subvalorando su quehacer profesional, dejando de lado entre otros el cuidado como centro de su desempeño, para convertirse en el encargado de terminar o complementar el trabajo de otros profesionales, pero no parece que se tratara de eso, al contrario, este significado de La Educación para la Salud podría mostrar el trabajo sutil, sigiloso, silencioso y si se quiere subjetivo del profesional de enfermería, el trabajo que no queda consignado en los registros clínicos, que no es percibido por la mayoría de los integrantes del equipo de salud, pero que deja huella en individuos y familias que aprenden a cuidarse, a hacer

más autónomos sobre lo que hacen con consciencia plena de lo que representa para su bienestar. Así lo refiere Mariana:

(...) a veces la gente no valora lo que uno hace por ellos, ni el personal de salud, las auxiliares por ejemplo creen que lo único que uno hace es organizar kardex, pero lo que pasa, es que uno no hace notas de enfermería por todo, es como la educación solo la gente sabe que uno lo hace, los demás no. (...) Mariana C.

Se puede describir además, que para el estudiante se ha convertido en una función entendida como normal la Traducción de la Información que brindan otros profesionales de la salud a individuos, familias y comunidades que son objeto de su cuidado, información que es convertida en Educación para la Salud y como tal, se vuelve responsabilidad propia e indelegable para las estudiantes de enfermería, por lo que según ellas, se debe realizar permanentemente ya que permite aclarar y relacionar los conceptos emitidos por diferentes profesionales que no logran ser comprendidos y adaptados a la vida de las personas que los reciben. Así lo cuentan:

(...) entonces yo creo que la educación es algo fundamental que forma parte de lo que hacemos o tenemos que hacer todos los enfermeros. No es una opción, es una obligación y tenemos que cumplir con ella, porque si no nadie lo va a hacer (...) Isabel B.

(...) La diferencia entre la educación que brinda el profesional de enfermería y el médico u otro profesional, es que nosotros damos una información más específica,

los otros sólo se limitan a lo de ellos, a sus profesiones, por ejemplo la nutricionista habla de comida; no trasciende más allá (...) Melissa D

Consideran que la Educación para la Salud que ellos pueden ofrecer es más adecuada y pertinente que la que otros profesionales de la salud pueden brindar.

Estos profesionales no logran comunicar de una forma clara y congruente el mensaje que se pretende sea adaptado por el paciente y su familia a su propia realidad. Quedando invisibilizado o relegado el proceso de interacción entre la teoría y la práctica en lo que a Educación para la Salud se refiere. Según Gyarmati (1992) esto es:

(...) Resultado de la creciente especialización, las escuelas de medicina han reducido casi todos los problemas a sus dimensiones netamente técnicas. La integración salud-enfermedad-persona-comunidad y no sólo el estudio de enfermedad como tal, ha quedado reducido al mínimo. Así en nombre de la racionalidad técnica, a los estudiantes se les inculca una irracionalidad humana y social. El problema es más complejo aún. Con pocas excepciones, cada ciencia se enseña a los estudiantes como un conjunto aislado de conceptos, métodos y datos. Lo que el estudiante recibe es una colección de diversos "paquetes" de información; luego, se supone que ellos deberán integrar estos paquetes. Pero ¿cómo? (p. 180).

Piensen las estudiantes que el vacío de conocimientos o la falta de claridad en la información que reciben las personas que hacen uso de los servicios de salud, son la causa principal del fracaso de tratamientos establecidos por diferentes

profesionales del área de la salud, que no logran desarrollar la capacidad en el otro de problematizarse, reflexionar y actuar sobre el estado y cuidado de su salud.

Podría decirse que para las estudiantes de enfermería participantes aunque tienen un concepto propio sobre de su profesión, es común que pase inadvertida dicha postura al ser una función no registrada y se ha convertido en un proceso

Es así como este trabajo investigativo posibilita la descripción de la Educación para la Salud como función que logra transformar la subjetividad de las personas, pero además permea la subjetividad propia del estudiante; el cual asume como propia la responsabilidad de traducir o convertir en Educación para la Salud la información que otros trabajadores del área de la salud ofrecen; entendiéndose como puente de comunicación entre el equipo de salud y los usuarios.

Dicha traducción requiere de procesos de codificación y decodificación de información permanente, lo que habilita al enfermero/a con la competencia comunicativa indispensable para el éxito terapéutico; se trata además de un proceso de traducción bidireccional, ya que no sólo el paciente tiene la posibilidad de entender lo que el personal de salud quiso decirle o enseñarle, sino que además, puede traducir a su equipo de trabajo lo que el paciente dice, piensa, necesita y de esta forma conseguir recuperar la salud de una forma más rápida y participativa como lo dicen algunas estudiantes:

(...) la parte asistencial no es simplemente ir a ver como amaneció el paciente, sino explicarle porque esta acá, como esta acá, educarlo, decirle que le van a hacer esto, por qué se le va a hacer esto, es hacer un vínculo entre el paciente y el médico, saberle interpretar lo que el paciente dice al médico, o lo que el médico dice al paciente, porque el paciente no entiende, entonces en todo momento vos estas aplicando la parte educativa en todo, en todo (...) Isabel B

(...) en este momento puedo decir que no sólo brindo una parte asistencial sino una parte de educación que me ha posicionado en mi puesto y como enfermera me interesa mucho la parte de educación, yo dejo que la jefe se vaya y yo me quedo con los pacientes, vuelvo pregunto si entendió, si se le explico; en este momento soy la persona que entrega las formulas, antes lo hacía la secretaria, ahora lo hago yo, les explico, les digo, les doy las recomendaciones de la alimentación, de por qué no, por qué si, y eso me ha servido para tener un puente muy importante con el paciente y con la parte del servicio (...) Isabel B.

(...) La Educación para la Salud tiene muchísima importancia, creo que es uno de los pilares de la enfermería, la educación, porque si la enfermera no trasmite de forma adecuada la información que el médico le da al paciente, ellos no entienden y no pueden curarse, es el puente entre médico y el paciente, para llevar a cabo toda la información y la educación (...) Mariana C

Hall (1962 citada en Tomey y Raile 2006) hace relación a la categoría Traduciendo la información de otros, ya que sustenta la labor educativa del profesional de enfermería en los espacios donde otros profesionales no pueden intervenir, dice que “La atención de enfermería profesional facilitaba la recuperación, y que a

medida que era necesaria menos atención médica, eran necesarios más cuidados y docencia de profesionales de enfermería” (p.326).

Traduciendo la Información de otros hace alusión al proceso de enseñanza-aprendizaje porque requiere de la puesta en marcha de estrategias de enseñanza que faciliten la interpretación de datos por parte del receptor y formas de aprender que moldean la enseñanza si se quiere lograr un aprendizaje significativo, por eso Remón (2000) dice:

La Educación para la Salud como proceso educativo considerada como fenómeno pedagógico implica la existencia de dos tipos de actividades: de enseñanza y de aprendizaje. Las actividades de enseñanza tienen por finalidad ayudar al desarrollo de las facultades individuales de las personas a fin de conseguir, en definitiva, su capacitación. El aprendizaje, por su parte, es un proceso que se construye en función de las experiencias personales y que, además, cuando es significativo, produce un cambio duradero en la forma de actuar, pensar y sentir de las personas. En este sentido, el aprendizaje no puede entenderse como un proceso acumulativo, sino como el resultado de la integración de conocimientos, sentimientos y habilidades que ya se poseían previamente a los aportados a través de las actividades educativas. (p. 71)

Entendiendo la Educación para la Salud, como un proceso de enseñanza aprendizaje, debemos recurrir a la comunicación como herramienta fundamental por medio de la cual el estudiante de enfermería logra traducir la información que otros ofrecen a personas sanas o enfermas que necesitan comprender su

situación de salud y así identificar las posibilidades, la capacidad de participación en auto procesos de mejoramiento y mantenimiento de la salud.

Achury y Velásquez (2008) definen la comunicación como “(...) el proceso más importante en la relación enfermero sujeto de cuidado en cualquiera de las áreas de actuar profesional, porque la comunicación es la posibilidad de construir interacciones que a través del lenguaje crea mundos de significado” (p.30). En tanto Serrano (2000) considera que:

(...) la comunicación tiene prioridad en la Educación para la Salud y es requerida por urgencias concretas, es vehículo de transmisión y es la clave del desarrollo humano. Es acontecimiento porque siempre hay alguien que intenta hablar a alguien, por lo que exige una intersubjetividad. Para el emisor el mensaje es todo cuanto él piensa, imagina, siente y recuerda y es transmitido a través de códigos. Para el receptor en cambio, el mensaje es solo aquello que él alcanza a descifrar, ya que solo lo que es subjetivamente descifrado puede realmente ser recibido y hecho propio. (p.107)

Además estos autores establecen que la comunicación entre profesional de enfermería y usuarios debe tener un carácter terapéutico, donde hay una intencionalidad determinada: la búsqueda del conocimiento contextualizado y aplicado a las necesidades de cada persona en su particularidad. Daza, Torres, y Prieto (2005) así lo refieren:

(...) la enfermería es un proceso de interacción social mediante el cual el personal de enfermería induce una mejora en el estado de salud de los pacientes como resultado del diálogo terapéutico. La destreza para la comunicación es parte integral de todo el proceso de enfermería, útil ya que manejándola con precisión, podemos descubrir pensamientos y actitudes que de otra manera nos sería muy difícil conseguir, teniendo una ventaja sobre otras personas que no la utilizan correctamente. (p. 3-5)

Arboniés (1998) dice “comunicarse con un paciente es establecer con él una relación en la que no sólo importa lo que se dice sino cómo se le dice y verificar que ha comprendido lo que queríamos decirle tal y como queríamos decírselo” (p. 35). En tanto Bermejo (1999) refiere que:

(...) la Educación para la Salud se realiza a través de un proceso de comunicación donde existe un emisor, un receptor, un mensaje y un canal de emisión. Este modelo clásico de comunicación estaría incompleto y sería erróneo si no tuviéramos en cuenta el importante proceso de codificación y decodificación del significado de dicho mensaje. Cada uno de nosotros decodifica el mensaje recibido en función de una serie de filtros que hacen que el significado del mensaje se entienda de una manera o de otra. Estos filtros tienen que ver con el patrimonio cultural de cada uno, con nuestros valores, creencias, etc. Así, juzgamos, etiquetamos, generalizamos, interpretamos, culpabilizamos o ensalzamos lo que entendemos de lo que los demás nos dicen (p. 138).

De esta forma también aquel que nos escucha podría juzgarnos, etiquetarnos, generalizarnos, interpretarnos, culpabilizarnos o ensalzarnos, de ahí la gran responsabilidad que se tiene al momento de llamar a la sola transmisión de información, Educación para la Salud. Como dice este mismo autor:

(...) los profesionales de enfermería son muy conscientes de la permanente necesidad de humanizar los ámbitos de la salud y de la enfermedad. Y apuestan por invertir energías en humanizar las relaciones interpersonales en el paciente, la familia y entre sí, para generar salud desde sí mismos, para promover salud en los demás a partir del poder de la comunicación. (p. 239)

Traduciendo la información de otros constituye entonces la principal categoría del significado que han construido las estudiantes de enfermería de la Educación para la Salud a través de la comunicación, pero no es solo una característica más de la función disciplinar, también se convierte en punto clave que abre la discusión de un asunto que no logra una representación disciplinar protagónica por parte de las personas en los servicios de salud, quizá porque funciones tan cruciales como la de Educar para la Salud no es considerada una función relevante, prioritaria, aunque se reconoce que desde conferencias, congresos, políticas, programas y proyectos se trata de romper ese paradigma aún no se ha logrado dar el paso entre el enfoque biologista de la salud a un enfoque más social, más humano.

A continuación se hace una descripción de las seis subcategorías que posibilitan ampliar la categoría.

4.1.1.1 La Empatía una Estrategia de Interacción en la Educación para la Salud

Esta subcategoría es una estrategia de acción interacción (planeadas para conducir, lidiar, realizar, responder a un fenómeno o subconjunto específico de condiciones percibidas) Strauss y Corbin (2002) utilizada por los participantes del estudio para Traducir la Información de Otros, como significado que han construido de la Educación para la Salud. La empatía es considerada como una habilidad propia del ser humano, que le permite comprender y experimentar el punto de vista de otras personas o entender algunas de sus estructuras de mundo.

Se hace evidente que los participantes sienten tener la facultad de generar confianza en las personas que están pasando por procesos patológicos que les generan temor, interrogantes, desequilibrios familiares entre otros aspectos que también hacen parte del proceso de salud enfermedad.

Creer que tanto los pacientes como sus familias los perciben cercanos y dispuestos a escuchar, a su vez se sienten facultados para entender de una forma singular las necesidades particulares de las personas, porque pueden ponerse en su situación y sentir por medio del afecto la necesidad del otro que sufre.

(...) Empatía es generar confianza, generar en la otra persona seguridad, que no me sienta como un agente externo; que yo le pueda dar la confianza para que pueda expresar: ¿qué siente, qué necesita, qué necesita de mí? La empatía es una función de todo el equipo de salud, sin embargo las personas que tienen más contacto con los pacientes somos las enfermeras, compartimos mas con ellas, conocemos su entorno familiar y social... generando un espacio de empatía, una comunicación asertiva, es como el otro me da conocer a como es, o que es lo que necesita (...) Ruby J.

(...) además la seguridad y la confianza que nosotros brindamos, permite que la gente manifieste por ejemplo, su temor por las instituciones de salud y los médicos, entonces al verlo a uno tan cercano, brindamos seguridad y confianza, para que la gente vaya a los servicios de salud y pueda prevenir (...) Samanta F

(...) nosotros tenemos que tener las palabras adecuadas para darle esperanza y que sepa que se puede salvar su vida, entonces a veces es difícil según el diagnóstico. Ahora que estamos haciendo la parte de salud publica en décimo, no es sólo la parte asistencial, también es vivir lo que pasa en una comunidad, ir casa por casa, detectar cosas y enseñarle a hombres y mujeres cosas que les sirva para su vida, para su salud física y mental y calidad de vida. Cuando doy un diagnóstico malo, siento por un lado tristeza porque sé que le está pasando a la otra persona, pero uno no todos los días tiene que dar diagnósticos malos, es una sensación muy incómoda, me pongo en los zapatos del otro y pienso si fuera yo ¿cómo me gustaría que me lo dijeran? (...) Valentina

Un ejemplo de la relación empática que se puede provocar entre la enfermera y sus pacientes y de lo que esta puede representar en la experiencia de enfermedad de un ser humano, es la expuesta en el trabajo investigativo: La empatía, un sentimiento necesario en la relación enfermera-paciente realizada por Cardona y García (2001) es:

(...) la experiencia de la relación entre una enfermera y uno de sus pacientes pediátricos, cuyo diagnóstico médico era síndrome de intestino corto, y cómo por medio de la interrelación constante desarrolló un fuerte sentimiento de empatía. Este sentimiento impregnó las acciones de la enfermera, transformándolas en una actividad profesional agradable y efectiva, llevada a cabo con confianza mutua y respeto. (pág. 22).

Así la empatía permite la entrada a la individualidad del otro, abre la posibilidad de evaluar las condiciones de vida en que se desarrolla su cotidianidad, ésta habla de condiciones que favorecen o no el estado de salud, de la capacidad o mejor de su forma particular de comprender el mundo de la vida del otro, así a partir de lo encontrado, brindar cuidado de enfermería por medio de una Educación para la Salud, útil, adaptable a lo que el sujeto es y no a lo que el sistema de salud pretende hacer de él. Al respecto Villarraga y Delgado (1998) refieren que:

(...) se puede considerar como la descripción y el análisis de los fenómenos concretos que viven las personas cuando ocurre el encuentro con la enfermera y de ésta en cada momento de su experiencia, cuando reconoce mediante la empatía, las experiencias del otro y de sí misma, para enriquecer el conocimiento

intersubjetivo; describir el fenómeno, estudiarlo en el contexto, analizarlo y aportar a la generación del conocimiento del cuidado humano. (p.109)

(...) la empatía tiene que ver con una condición refinada y sutil que otorga al ser humano la capacidad para penetrar en la intimidad del prójimo, una facultad del espíritu que germina en todos los hombres, pero que en grado excelente constituye un talento específico cultivado sólo por algunos. La existencia de esa sabiduría radica en un saber de nosotros mismos y de nuestro prójimo, un saber sobre la vida humana que tiene como base el individualismo. (p. 57)

La Educación para la Salud es un proceso de enseñanza-aprendizaje que mediado por la empatía se convierte en un acto contextualizado entre la enfermera y su paciente, el cual puede ser llevado a cabo tanto en el ámbito clínico como en otros espacios del mundo de la vida de las personas, que resulta ser un momento de verdad que permite una interacción terapéutica íntima mediada por la confianza y que genera aprendizajes significativos para ambos.

(...) Aunque la gente esté sana es muy importante que la enfermera brinde confianza para que ellos nos puedan expresar sus sentimientos, como la parte del estar siempre acompañándolos y que ellos encuentren una mano amiga (...) Samanta F

El aprendizaje significativo que los pacientes y familias adquieren, les ofrece la oportunidad de compartir sus necesidades más íntimas que pueden generar desequilibrio en su bienestar, además la posibilidad de obtener alternativas de

solución donde su participación y conocimientos previos juegan un papel fundamental.

Al estudiante de enfermería esta interacción le brinda herramientas humanizadoras del cuidado, además experticia en Educación para la Salud porque cada práctica educativa le permite comprender otras formas de aprendizaje que podrán ser tenidas en cuenta en contextos similares; es así, como algunas participantes de la investigación resaltan la empatía en los procesos educativos, ubicándola como característica inherente al que hacer del profesional de enfermería:

(...) entonces es sentarme y generar un espacio de confianza a la otra personas, entregándoles los conocimientos que yo tengo los entrego, por medio de estrategias o actividades lúdicas, pero que la gente vaya formando el conocimiento (...) Ruby J

(...) la educación tiene varias partes primero entablar empatía con el paciente lo que se hace por medio de la motivación, indagando sobre sus conocimientos, luego ya la explicación del tema luego la retroalimentación y luego muy importante la evaluación para saber si fue buena o no la educación (...) Samanta

Hassan (2005 citado por Villarraga y Delgado 1998) concibe la empatía como:

(...) la capacidad de sumergirse en el mundo subjetivo del otro y de participar en su experiencia en la medida que la comunicación verbal y no verbal lo permite, en otras

palabras en la capacidad de ponerse en el lugar de otro, de ver el mundo como el otro lo ve. (p. 60)

Es una característica del desempeño profesional de enfermería que ha sido entendida por diferentes autoras de teorías que sustentan la disciplina, como una relación entre dos, que pueden percibir las situaciones de salud enfermedad de la misma forma; Henderson (1994 citada en Tomey y Raile, 2006) favoreció la comprensión empática y afirmó que “la enfermera debe meterse en la piel de cada uno de sus pacientes a fin de conocer qué necesitan” (p.48).

Así mismo Travelbee (1967) afirmó que:

“La enfermería se lleva a cabo mediante relaciones entre seres humanos que comienzan con el encuentro original, que progresa a través de fases de identidades emergentes, sentimientos progresivos de empatía y, posteriormente, solidaridad, hasta que la enfermera y el paciente consiguen la transferencia en la última fase”. (p.231)

Watson (1989 citado en Serrano (2000) acerca de la relación enfermera-paciente

dice:

El desarrollo de una relación de ayuda-confianza entre la enfermera y el paciente es crucial para el cuidado transpersonal. Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como negativos. Implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz. La empatía es la capacidad

para la experiencia y por tanto, sirve para comprender las percepciones y sensaciones de otra persona. (p.96)

Otra teórica que hace referencia a la empatía para referirse al trabajo del profesional de enfermería es Martinsen (1990 citada en Tomey y Raile 2006) cuando afirma que:

La práctica moral ocurre cuando la empatía y el trabajo reflexivo van parejos de modo que el cuidado pueda manifestarse en la enfermería. En términos concretos esto significa descubrir cómo se ayudará mejor al otro, y las condiciones básicas para ello son el reconocimiento y la empatía. (p.176)

Eriksson (1985 citada en Tomey y Raile 2006) dice que:

Unirse en comunión significa crear posibilidades para la otra persona. En esta relación la persona percibe la posibilidades de la otra como si fueran propias. Esto requiere la capacidad de tender hacia algo que ya no sólo no es nuestro, sino que además nos pertenece. Es una de las formas más intensas de la comunión. La comunión del cuidado es lo que une, ata y da significado al cuidado. La enfermera entonces, se arriesga penetrando en el mundo de otro y, directamente, invita a su paciente a compartir los asuntos más importantes en el momento. La invitación directa de la enfermera inspira el significado y el valor de lo no hablado por el que es cuidado, y con entendimiento sensible, ve la respuesta en sus ojos. (p.195)

La empatía es una destreza básica de la comunicación interpersonal, permite un entendimiento sólido entre dos personas, en consecuencia, la empatía es fundamental para comprender en profundidad el mensaje del otro y así establecer un diálogo.

En la Educación para la Salud el proceso de comunicación debe ser un pilar fundamental, comunicación que logre comprender el significado de lo dicho, pero también de lo no expresado verbalmente, de aquello que sólo se comprende por medio de la empatía.

Gutiérrez (1998) acerca de la empatía dice:

Quando hablamos de empatía nos referimos a la habilidad para estar conscientes de reconocer, comprender y apreciar los sentimientos de los demás, es leer emocionalmente a las personas. Es sin duda una habilidad que, empleada con acierto, facilita el desenvolvimiento y progreso de todo tipo de relación entre dos o más personas.

Comprendiendo al interlocutor, se puede percibir lo que siente el otro, tanto si es un sentimiento agradable o desagradable. La empatía puede cambiar la disposición del interlocutor, sea de molestia, desconfianza, oposición o simplemente tensión. La respuesta empática tranquiliza al interlocutor, porque éste se da cuenta que no tiene que hacer esfuerzo para darse a entender. (p. 28-30)

De esta forma la empatía se convierte en una propiedad indispensable para la Educación para la Salud, pues es necesario que se establezca un clima que le permita al estudiante de enfermería ponerse en los zapatos del otro. Destacando de la Triada Actitudinal de Rogers (citado en Villarraga, y Delgado, 1998):

La empatía es sentir desde dentro, sentir en, es la capacidad de percibir correctamente lo que el otro está sintiendo y comunicar esta percepción en el lenguaje acomodado a los sentimientos de esta y a su capacidad de comprensión. ()

Es a través de los símbolos como lo dice Blumer (1969) que las personas se relacionan con el mundo social y material posibilitándonos nombrar, clasificar y recordar objetos que se encuentran en él; así los actores pueden salir de su propia persona simbólicamente e imaginar cómo es el mundo desde el punto de vista de otro, es decir, “ponerse en el lugar de otro” (P.60) además, los símbolos nos permiten suponer una realidad metafísica y evitar ser esclavos del entorno, permiten ser activos en lugar de pasivos, es dirigir las propias acciones.

Este mismo autor refiere que al asumir el papel de otro comprendemos los significados de las acciones de otras personas a través de la interacción simbólica del yo o sea, por la utilización de la mente. La capacidad de asumir el papel de otro, es considerada como condición de la comunicación humana. El ser humano asume el papel de otro, imaginándose simbólicamente en su lugar y compartiendo

su significado y busca comprender la acción observada y a partir de un proceso interpretativo, establece una línea propia de acción.

4.1.1.2 El Poder del Conocimiento en la Educación para la Salud.

Las estudiantes que participaron de esta investigación piensan que la Educación para la Salud que brindan a individuos, familias y colectivos además del Poder que logran por medio de la adquisición de conocimientos científicos, les permiten realizar adecuadamente su trabajo como enfermeras encargadas de ayudar a otros a sobrellevar procesos de salud y enfermedad; se piensan capaces de posesionarse en el medio laboral porque tienen la capacidad científica de participar en el adecuado manejo de programas y servicios de salud.

La Educación para la Salud es entendida como parte esencial del trabajo eficiente del estudiante de enfermería que sólo se logra cuando se posee el conocimiento para hacerlo, así es descrito por algunos participantes:

(...) que se note en la enfermera que es educar para la salud, que es ser enfermera, si yo tengo presente que es educación yo me voy a poder posesionar en el medio, posesionarme en un hospital, que el médico y el equipo de salud me tenga en cuenta, porque tengo conocimientos... Como estudiante estoy empoderada de mi papel como futura enfermera, esa es otra característica que debe tener la Educación para la Salud empoderamiento del conocimiento que yo tengo, para poder expresárselo a las demás personas (...) Ruby J

(...) en este semestre tuve una experiencia muy linda, y es ese contacto con la familia y con el paciente, al explicarles y saber que la que tiene el conocimiento soy yo y, que esa claridad de información depende de mí, eso me gusto mucho (...)
Azucena G.

El Poder del Conocimiento entonces, es entendido por las estudiantes como la herramienta que brinda la posibilidad de participar activamente en los equipos de trabajo de los que hace parte, generando en sus superiores y personal a cargo confianza por lo que sabe.

Se perciben como integrantes del equipo de trabajo que contribuye al desarrollo de nuevas y mejores propuestas de cuidado; logrando posicionamiento en los sitios de práctica además del reconocimiento por parte de otros profesionales de la salud.

Esto puede entenderse al tratar de interpretar las apreciaciones de los siguientes participantes:

(...) si uno tiene el conocimiento, ya uno se puede desempeñar y se gana el respeto de los médicos y de la gente. Si el médico pregunta ¿jefe por qué ese procedimiento? Porque es el procedimiento adecuado (...) Melissa D.

(...) Si yo tengo confianza de lo que sé, te genero confianza, te vendo mi idea, y cuando te demuestro te genero convicción y vas a creer en mí (...) Ruby J.

Durán (1989 citado en Serrano 2000) con relación al poder que puede ejercer el profesional de enfermería dice que:

(...) el ejercicio del poder implica la capacidad de participar e influir en las decisiones importantes de un país, una organización, una comunidad o un grupo. Es la capacidad de influir en el pensamiento, en las actitudes y en las conductas para lograr los objetivos...el profesional de enfermería debe preocuparse en cómo puede y debe ejercer el poder concretamente y en detalle con su especificidad, sus técnicas y sus tácticas, analizando su mecánica y estableciendo relaciones de poder. (p.94)

Por ello su formación ha posibilitado un acercamiento a la vivencia de un poder que se manifiesta y es percibido como transformación personal, permitiendo no sólo la adquisición de conocimientos y destrezas necesarias para brindar cuidados de calidad; si no también actitudes además de valores fundamentales en el ejercicio humano y social de la enfermería; cualidades que se fortalecen por medio del contacto directo con la realidad del otro, que permean la subjetividad del estudiante de enfermería, y se manifiesta en el Poder del Conocimiento que les brinda la capacidad de Educar para la Salud a las personas que son sujeto de cuidado, es así como lo expresa una de las participantes.

(...) porque uno entra y se va formando tanto en el hacer y el saber y ahí va mejorando el ser. Uno entra siendo alguien y ahí se va perfeccionando, mejorando, enfatizando en lo que quiere ser realmente: una enfermera profesional (...) Mariana

Pero no sólo la subjetividad del estudiante de enfermería se transforma en la medida que su proceso de formación avanza, puesto que consideran que la interacción permanente con individuos procedentes de diferentes culturas, con prácticas de salud propias que algunas veces favorecen su estado de salud y en otras no, posibilitan la ejecución del Poder del Conocimiento, congruente con el contexto social de las personas y puesto en práctica por medio de la Educación para la Salud.

Es entonces El Poder del Conocimiento en la Educación para la Salud, considerado por las estudiantes de enfermería otra de las propiedades necesarias para Traducir la Información de Otros y posibilita en los individuos el participar activamente en la consecución de un bienestar holístico, indisolublemente unido a su medio físico, biológico, psicosocial y espiritual, en el que la Educación para la Salud se convierte en una herramienta facilitadora.

La Educación para la Salud es una práctica utilizada para llevar a cabo políticas públicas de la salud, que buscan generar poder en los individuos, las familias y colectivos para que adopten en sus vidas formas diferentes de participar en la consecución de su salud y bienestar; dice Bermejo (1999) que:

(...) la educación entendida como proceso de socialización y desarrollo tiende a capacitar al individuo para desenvolverse dentro de su medio, facilitándole herramientas para la gestión de su propia realidad y la intervención activa en los

distintos escenarios sociales... la Educación para la Salud cada vez se considera más un instrumento para la participación de la comunidad. (p 131)

En el Séptimo Programa General del Trabajo la OMS (2006) indica que:

(...) las actividades de información y Educación para la Salud deben encaminarse a aumentar la capacidad de los individuos y de la comunidad para participar en la acción sanitaria y asumir la autorresponsabilidad en materia de salud, y a fomentar un comportamiento saludable.

Así, las participantes de esta investigación sienten que tienen el Poder del Conocimiento que les da la capacidad de transformar el pensamiento de otros por medio de la Educación para la Salud.

(...) la educación que uno brinda a los pacientes y las familias me parece muy importante porque yo tengo que estar educando constantemente a esas personas que se acercan a mí. Porque mucha gente comete errores y pone en riesgo su vida por el desconocimiento y la falta de información, entonces es importante que, como enfermera este constantemente educando a las personas tanto sanas como a las enfermas y siempre educarlos de la importancia de cuidar su salud (...) Fernanda E

(...) porque educación es una palabra que abarca muchas cosas, educar es convivir con el otro, es compartir, es dar información, es ayudarle a crecer, permitirle el mejoramiento, que tenga un bienestar, que se sienta segura de sí misma de qué capacidades tiene, que habilidades y destrezas y cómo las puede llevar a cabo para lograr el autocuidado y la autorrealización (...) Ruby J

Que hace parte fundamental de su quehacer, es inherente a su responsabilidad de brindar cuidado a personas sanas y enfermas como lo plantea Leininger (1994 citada en Tomey y Raile, 2006) a que:

(...) El cuidado es la esencia de enfermería y su dominio central y característica uniforme de la enfermería deberían dedicarse más esfuerzos académicos al análisis y estudio de la epistemología de la disciplina y de esta manera tener el poder necesario para brindarlo eficazmente (...). (pág. 4).

Es una tarea de las escuelas formadoras de profesionales de enfermería potenciar la adquisición del cuidado como ruta disciplinar, como lo plantea Vásquez (1998) es:

(...) el proceso de formación integral al estudiante de enfermería hay que llevarlo a que se “adueñe” del cuidado, lo lleve con él y sea capaz de transformarse como cuidador y transformar el cuidado con sus vivencias, por tanto el conocer en el cuidado conlleva en sí mismo el cambio, como condición normal de toda sociedad (...). (p.116)

Es entonces así, que ésta subcategoría construida desde las estudiantes de enfermería se pone en práctica a través de procesos educativos enfocados entre otros, a satisfacer las necesidades en salud de las personas.

(...) lo primordial de una buena enfermera es ser educadora en salud, si usted no es buena educadora en salud no va a ser una buena enfermera, porque uno tiene que

cuidar a la personas educándolas, uno siempre trata de que la gente tenga una buena salud y lo hace por medio de la educación (...) Fernanda E

(...).enfermería es igual a educación y que sin esa educación los pacientes tanto sanos como enfermos no van a poder seguir su trayecto de vida normal, entonces nosotros somos parte fundamental para ellos y eso se debe tener en cuenta (...)

Samanta F

Es importante mencionar que la Educación para la Salud no solo busca satisfacer las necesidades en salud de las personas, pues esta trasciende la dimensión de necesidad para ubicarse en posibilidad de transformación humana. Así conciben la Educación para la Salud Orjuela, Almonacid y Chalá (2009):

La Educación para la Salud es transmisión de información, con visión crítica, holística y socioconstructivista pretende generar transformación colectiva, empoderamiento, participación, estimular en el individuo nuevas formas de pensar y de actuar para que modifique los factores que influyen en su bienestar y en su calidad de vida. Lo que se procura es conducir al individuo a un proceso de cambio de actitud para que en medio de su colectividad aplique las medidas preventivas o correctivas que le permitan mejorar las condiciones de salud y su calidad de vida.
(p.27)

El Poder del Conocimiento en la Educación para la Salud, es referido por las participantes, como una de las características de la Educación para la Salud, puede relacionarse con lo manifestado por algunos autores cuando hacen alusión a la necesidad de profesionales de enfermería comprometidos con los retos y

prioridades en salud de su región, pero también con las metas nacionales relacionadas con el bienestar de todas las personas. Enfermeros y enfermeras empoderados de su papel social, capaces de aportar al desarrollo integral de la humanidad.

Arroyo (2000) se refiere a los retos que enfrenta la profesión de enfermería y nos lleva a pensar en un profesional que a través de poder - conocimiento, emprenda procesos de transformación en el sector salud como:

Un recurso indispensable en la atención a la salud es el personal de enfermería, pues afronta de manera corresponsable con otros profesionales la gran tarea de que los servicios de enfermería respondan a las necesidades de la población concernientes a la salud pública, atención médica y asistencia social, buscando siempre los cambios que se requieren como respuesta a un mayor compromiso con la sociedad. Este marco plantea el requerimiento de una enfermería comprometida con el autocuidado de la salud, la prevención de daños y riesgos de enfermedad; en fin, con la adopción de una nueva cultura de la salud que haga posible la estrategia de atención primaria y la adquisición de nuevos modelos de atención hospitalaria en nuestro país. (p.3-4)

Por otro lado Barragán (2006) dice:

Las enfermeras (os) deben visualizarse como un grupo profesional capaz de dimensionar el cuidado desde varias ópticas, comprometerse con la profesión y visionarse como cuidadoras con criterios científicos. El compromiso y sentido de pertenencia con la profesión, la empresa y el gremio debe ser total. (p.7)

Así el Poder del Conocimiento en la Educación para la Salud se convierte en la segunda subcategoría y en una condición interviniente que según Strauss y Corbin (p.134-156) es “(...) definida como aquella que puede facilitar o restringir las estrategias de acción/interacción en un contexto específico” del significado que han construido las estudiantes de enfermería durante sus prácticas clínicas y comunitarias, entendido el poder como posibilidad de influir sin imposiciones en la forma de pensar de los demás, influencia basada en el conocimiento científico y la praxis de la enfermería que por medio de la Educación se convierte en posibilidad de acercamiento para traducir la información de otros y de esta manera encontrar esperanza en la educación que el estudiante de enfermería le ofrece.

4.1.1.3 El Contacto Permanente Permite Educar para la Salud

Las prácticas clínicas que han desarrollado las estudiantes de noveno semestre de enfermería en su proceso de formación, les han permitido interpretar que es el profesional de enfermería, el único integrante del equipo de salud asistencial que hace presencia permanente en los servicios de esta área, permanencia que le permite conocer muy de cerca las características sociales, culturales, familiares, económicas, educativas entre otras, de cada uno de sus pacientes y sus respectivas familias.

Este conocimiento genera la posibilidad de ofrecer cuidados de enfermería integrales y congruentes con la realidad de los pacientes, integrales porque no sólo intervienen las patologías o eventos que llevaron a un ser humano a una hospitalización, sino que también se encarga de intervenir por medio de la Educación para la Salud otras dimensiones del ser humano que también se afectan cuando se pierde la salud; congruentes porque se contextualizan a la realidad de cada persona, volviéndolos útiles, aplicables y transformadores.

La Educación para la Salud se convierte entonces en la forma operante del cuidado integral y congruente con una enfermería mediada siempre por el contacto permanente; siendo tal vez ésta una de las razones por las que la estudiante de enfermería se concibe como la persona más calificada para brindar educación pues el contacto permanente y el conocimiento del otro que se deriva de éste, permite conseguir el bienestar.

(...) Es muy importante, porque nosotros como profesionales estamos en contacto con los pacientes permanentemente, brindando cuidados, sabemos de su enfermedad, de las posibles complicaciones (...) Fernanda E

Así, el contacto permanente se convierte en una condición interviniente; es decir, aquella que puede facilitar o restringir la Educación para la Salud en un contexto, como es visto por las estudiantes de enfermería que se sienten con la capacidad de desarrollar actividades de cuidado en equipo con otros profesionales, sin llegar a sustituirlos en su que hacer, más bien, integrando conceptos generales que

pueden ser aplicados por el personal de enfermería en la interacción permanente con los usuarios de los servicios de salud y que pueden ser muy útiles sobre todo para aquellas personas vulnerables o con dificultades en la accesibilidad a los servicios.

(...) la enfermera es la persona que esta 24 horas con el paciente, el médico va deja las ordenes y ya, en cambio la enfermera es la que se tiene que interesar por la parte física, social y psicológica, por un cuidado integral con el paciente, es la que tiene que estar todo el tiempo con el paciente, si le duele algo si tiene un problema familiar, como le enseñan a uno en la carrera, uno no sólo se debe interesar por la parte asistencial o por las dolencias de un paciente, sino también por los problemas que tenga, uno se vuelve como la mamá de todos los pacientes (...) Elizabeth H.

El contacto permanente, también permite Educar para la Salud al ser visto como un rol maternal que se hace manifiesto cuando las participantes tratan de describir la forma en que las personas a su cuidado las perciben, quizás porque es la madre quien cuida, protege, enseña y la enfermera asemeja ese rol cuando acoge y cuida con amor a cada una de las personas que requieren de su cuidado; es acá donde el contacto permanente nuevamente aparece como parte fundamental de los significados que construyen las estudiantes de la relación terapéutica que mantienen con los pacientes y, por ende muestra oportunidades para que la Educación para la Salud sea siempre protagonista de este contacto permanente.

(...) es bueno que la enfermera brinde la educación porque nosotros estamos las 24 horas del día con el paciente, los médicos pasan 1 o 2 rondas al día y no vuelven, nosotros somos las que nos damos cuenta de todo, como nos dicen las profes: nosotros somos cuasi de todo, cuasi psicólogos, cuasi nutricionistas, pero es porque tenemos contacto permanente con el paciente (...) Valentina I

Es entonces la estudiante de enfermería el miembro del equipo interdisciplinario de salud que más tiempo pasa con los pacientes y sus familias, lo que le posibilita el desarrollo de cuidados de enfermería que trasciendan la asistencia a necesidades biológicas, para ubicarse en el ámbito existencial del ser humano.

Aguirre (2004) hace una clasificación de las diferentes funciones que cumple el profesional de enfermería que podrían relacionarse con la posición privilegiada que siente tener el estudiante de enfermería en el equipo de salud y que según él, lo dota de cualidades particulares.

(...) la enfermera por su preparación y los conocimientos proporcionados durante su formación profesional dirigirá su actuación al cumplimiento de indicaciones médicas conocidas como acciones dependientes, las cuales resultan de obligatorio cumplimiento y de no cumplirse incurriría la misma en un delito; las acciones interdependientes donde con la participación de técnicos o especialistas de salud se le brindará una atención interdisciplinaria o multidisciplinaria a la persona enferma o sana, la familia y la comunidad y por último, acciones independientes, que se sustentan en los conocimientos generales y particulares de otras ciencias y el dominio y aplicación de principios científicos y éticos que regulan su actuación y comportamiento profesional y que en ningún momento pondrían en peligro la vida

del enfermo, la familia o la comunidad y que están dirigidas a satisfacer las necesidades básicas de confort, descanso, higiene, una buena alimentación, y prevenir complicaciones, entre otras cuestiones. (p. 361)

Para el estudiante de enfermería el Contacto Permanente se convierte en una condición interviniente que facilita Traducir la Información de Otros, puesto que permite el conocimiento contextualizado de los individuos, y de esta forma intervenir en los procesos subjetivos del cuidado.

4.1.1.4 La Cultura Condiciona la Educación para la Salud

El contexto cultural es interpretado por las estudiantes de enfermería como un aspecto fundamental que se debe tener en cuenta en la Educación para la Salud, pues es precisamente el contexto cultural el que guía las acciones educativas del estudiante de enfermería que tiene la responsabilidad de adentrarse en la cotidianidad de las personas que cuida; de conocer las costumbres, normas, prácticas, valores, saberes previos que tienen los pacientes y sus familias.

Lo que puede garantizar que La Educación para la Salud responda a la realidad cultural de las personas, es la adaptación de los conocimientos previos a los nuevos, que sean percibidos como propios y no como imposiciones en las que se desconoce la cotidianidad y el contexto de los seres humanos que son sujetos de cuidado.

Se podría decir entonces que la cultura se comporta como un condicionante que la estudiante de enfermería debe tener presente en la Educación para la Salud.

(...) se deben conocer las características del paciente, la cultura, el lenguaje que maneja, saberle llegar, partiendo de la comunidad a la que pertenece, el estilo de vida que maneja; no es lo mismo hablarle a una persona de un vereda que a una persona de la ciudad, se tienen que emplear términos distintos, se tiene que tener en cuenta la cultura (...) Mariana C.

(...) enseñarle a las personas que es lo que deben hacer, teniendo en cuenta todo lo de la otra persona, su escolaridad, su nivel cultural, porque uno no puede pretender que las personas sean igual a uno (...) Valentina I

Conocer el contexto cultural de los pacientes no sólo posibilita al estudiante de enfermería el desarrollar procesos de Educación para la Salud coherentes a la realidad del paciente, también le permite ofrecer mejores y más cualificados cuidados de enfermería; además de comprender su propia realidad cultural, que comparte con sus pacientes y le permite permearse de otras culturas, desarrollar la capacidad de aceptar, respetar condiciones y realidades diferentes a las que ha aprendido durante el proceso de formación como profesional, pero sobre todo como ser humano.

(...) no sólo lo que ellos aprenden de uno, sino, lo que uno aprende de ellos, es algo mutuo; uno aprende a ver las cosas de forma distinta, por ejemplo la gente le dice a uno: yo me tome una agua de canela que me ha servido mucho, uno tiene que

respetar los aspectos culturales que tiene cada persona, si la agüita de canela no le hace daño no le interfiere, entonces uno le dice: tranquila tómesela pero también tómese esto otro. Uno aprende a respetar la cultura de las otras personas (...)

Samanta F

Leininger (1991 citada en Tomey y Raile 2006) ha sido la teórica en enfermería que quizás más ha estudiado la cultura para sustentar el cuidado de enfermería:

La cultura es un determinante esencial en la práctica profesional y en el abordaje integral de las personas en estado de salud o en carencia de esta. El propósito de la teoría transcultural es descubrir las particularidades y las universalidades de los cuidados de los humanos, según la visión del mundo, la estructura social y otras dimensiones, y descubrir formas de proporcionar cuidados culturalmente congruentes a personas de culturas diferentes o similares para mantener o recuperar su bienestar, salud o afrontamiento con la muerte de una manera culturalmente adecuada.

La cultura y el cuidado son los medios más amplios y holísticos para contextualizar y entender a las personas, este saber es imprescindible para la formación y la práctica de enfermería. “El cuidado cultural constituye la teoría holística más amplia de la enfermería, ya que tiene en cuenta la vida humana en su plenitud y su perspectiva holística en un periodo de tiempo concreto, e incluye los factores de la estructura social, el punto de vista del mundo, la trayectoria cultural, valores, contexto y formas de comunicación” (p.476 - 487)

Roy (2002 citada en Tomey y Raile. 2006) define el cuidado como:

Un proceso relacional transcultural complejo asentado en un contexto ético y espiritual. Por tanto el cuidado, es la relación entre la caridad y la acción correcta, entre el amor como compasión en respuesta al sufrimiento y la necesidad, y la justicia o la equidad en relación con lo que se debe hacer. El cuidado se produce en una cultura o en una sociedad, incluyendo la cultura personal, social y global. Son ejemplos de factores socioculturales la etnicidad y la estructura familiar, la relación con los amigos y la familia, la comunicación, la interacción y el apoyo social, el conocimiento de las interrelaciones, la participación y la familiaridad, y las estructuras de grupos culturales, comunidad y sociedad. (p.121-122)

Esta subcategoría, está relacionada con la definición que Osorio y López (2008) generaron en consenso sobre la competencia cultural que el profesional de enfermería debe desarrollar:

Es tener conocimiento, entendimiento y habilidades sobre un grupo cultural diverso que permite al profesional de la salud proporcionar cuidado cultural aceptable. La competencia es un proceso continuo que involucra la aceptación y el respeto de las diferencias y no permite que las creencias personales propias tengan una excesiva influencia en aquellos quienes tienen una visión del mundo diferente de la propia. La competencia cultural incluye poseer cultura general, así como información culturalmente específica de tal manera que el profesional sepa qué preguntas hacer. (p. 95)

Si el estudiante de enfermería busca cuidar integralmente a sus pacientes, deberá abordar también su contexto familiar, conocer la apreciación que como grupo tienen de la salud, sus conductas protectoras y de riesgo; así adecuar los cuidados a la dinámica particular de cada uno de ellos.

(...) en el área comunitaria se visitan familias para identificar los factores de riesgo y mirar cómo afectan éstos la salud, porque dependiendo del lugar donde se vive, de la cultura; se tienen diferentes factores para adquirir la enfermedad (...) Fernanda E

Así el cuidado de enfermería se brinda a la familia por medio de la Traducción de Información de Otros, para mejorar la percepción que tiene el grupo familiar sobre la posibilidad de participar activamente en la preservación de la salud de todos sus miembros.

En el Consejo Internacional de Enfermeras (2002, Mayo) se define el cuidado que ofrece el profesional de enfermería a la familia como:

Cuidar a la familia es una de las funciones propias de la enfermería. El contexto familiar brinda la posibilidad de tratar las necesidades de salud de la unidad familiar y de cada uno de sus miembros.

Cada vez más, un proceso de colaboración - en el que la familia participa activamente en el mantenimiento de su estado de salud - sustituye al planteamiento tradicional de la atención de salud, en el que se considera que los médicos y las enfermeras son expertos que deciden lo que conviene a la familia y a sus miembros.

Las familias desean participar y los consumidores informados piden un control cada vez mayor de los cuidados que reciben. (p.10)

González (1998 citado en Serrano 2000) invita a reconocer que:

Educar implica no solo socializar sino introducirse en él “significado” de la cultura en la cual está inmerso el educando, contextualizarse en sus propias estructuras especiales, en ese sentido la filosofía de educar y del cuidado son una misma. Así educación es un proceso activo en el que el sujeto que estudia no es un convidado de piedra en el proceso de construcción del conocimiento, sino es un agente activo que posee conocimiento a priori, es decir anterior a la experiencia: por tanto es posible una reconstrucción significativa. El cuidado por su parte se basa también en esa construcción de conocimiento y acepta igualmente que quien lo realiza es una gente activo y que posee su propia historia. (p. 107)

Geertz (2005) propone:

Entender la cultura como un conjunto de significados encarnados en símbolos o un sistema de concepciones heredadas, expresadas en forma simbólica y transmitida históricamente por las cuales los hombres comunican, perpetúan y desarrollan sus conocimientos y actitudes hacia la vida. (p.49)

La cultura en La Educación para la Salud es una condición interviniente para las estudiantes de enfermería, porque les permite reconocer al individuo no sólo como sujeto de cuidado, sino también como integrante de un contexto más amplio que es la familia y la sociedad. Al comprenderlo el estudiante

contextualiza la Traducción de Información de Otros, y le posibilita entendimiento, comprensión y decisión en la acción.

4.1.1.5 La Educación para la Salud Previene la Enfermedad

Uno de los objetivos cardinales de la Educación para la Salud debería ser la búsqueda permanente de la apropiación de conductas razonables y favorables por parte de las personas para que se conviertan en factores protectores para la salud y la vida, que eviten procesos patológicos que pueden ser prevenidos si se tienen los conocimientos necesarios para detectarlos a tiempo.

Estas conductas sólo se alcanzan cuando el otro logra identificar sus comportamientos inadecuados o nocivos para la salud y se compromete consigo mismo para eliminarlos o transformarlos en potencialidades.

El acompañamiento permanente del profesional de enfermería que Educa para la Salud, puede empoderar al otro de su propio bienestar. Esto se puede interpretar de la información de algunos participantes:

(...) simplemente educar es prevenir, lo que nosotros necesitamos es evitar que las personas se nos enfermen y evitar y ayudarles a que corrijan muchos hábitos de vida y yo creo que esa es la mejor manera de hacerlo, educándolos (...) Asusena G.

(...) me gusta mucho la promoción y prevención, porque es como una de las partes claves al momento de prevenir la enfermedad. Partiendo de la educación que yo les dé a los pacientes se puede disminuir la incidencia de muchas enfermedades, porque se puede tratar de forma prioritaria y en el momento indicado las causas o las consecuencias de ciertas patologías y problemas que se puedan presentar (...)

Mariana C

Se encuentra que las participantes de esta investigación piensan que los niños y los adolescentes son dos poblaciones con las cuales, La Educación para la Salud se hace especialmente importante, pues consideran que éstos son susceptibles a adquirir hábitos o conductas nocivas para su futuro bienestar, por lo que se hace necesario aunar esfuerzos intersectoriales para que puedan acceder a consejerías transversalizadas por la Educación para la Salud, que les permita conocer además de decidir, lo que desde este sector se piensa es más adecuado para ellos.

Por otro lado piensan que tanto niños como adolescentes tiene mayor facilidad de empoderarse de su bienestar si están orientados por profesionales de enfermería que por medio de procesos educativos logren generar en ellos reflexión y acción:

(...) los niños son muy asertivos y por medio del juego les puedo enseñar muchas cositas del autocuidado, del lavado de manos, del baño, de la higiene, uno les enseña y los educa en salud, ahora ellos no entienden que es eso, pero cuando están más grandes lo tendrán introyectado a su vida (...) Valentina I

(...) escuela saludable, es una práctica que también se me olvido nombrar, porque es la etapa donde están los adolescentes que tienen curiosidades, que están descubriendo cosas nuevas y donde se pueden evitar muchas enfermedades con la educación asertiva, sabiendo llegar, me parece que es una práctica buena para eso, para ayudarles mucho en la prevención de enfermedades de transmisión sexual, en esos cuidados que deben tener en esta edad (...) Camila

Las participantes no sólo sitúan la Educación para la Salud en el contexto hospitalario, donde los seres humanos se enfrentan con la enfermedad, también la ubican en el contexto familiar y comunitario, donde las acciones promotoras generan beneficios para colectivos humanos que comparten condiciones y necesidades similares, siendo la Educación para la Salud una importante estrategia para lograr que muchos se beneficien de prácticas de autocuidado y preserven la salud, algunas participantes lo relatan así:

(...) la educación hace que la gente prevenga las enfermedades, si la gente sabe cómo hacerlo va a saber qué hacer en cada caso, por ejemplo para que los niños no se deshidraten por la diarrea, las mamás tienen que saber cómo hacer un suero, cuando darlo y por qué; entonces es la enfermera la encargada de enseñar estas cosas (...) Valentina I.

(...) en el área comunitaria, cuando nos vamos a hacer comunidad, uno explica y educa a las comunidades sobre diferentes temas por ejemplo: sobre la importancia del agua potable, riesgos en la construcción de las viviendas, vacunación, control prenatal. Todo eso es muy importante porque así uno ayuda a prevenir cosas que puedan venir en el futuro (...) Samanta F.

También hacen claridad sobre lo indispensable que es la voluntad que debe tener el estudiante de enfermería para brindar Educación para la Salud, pues es un acto de compromiso con la profesión y la vida de los demás, que ofrece el estudiante que se siente responsable de enseñar a cuidar su vida y prevenir la enfermedad, es así como lo refiere Isabel:

(...) yo pienso que la educación y la comunicación son herramientas muy fácil de utilizar, que en todo momento se pueden dar, en cualquier circunstancia se puede dar, y si voz la das, estás dando muchísimo, es que si yo lo hago en este momento estoy previniendo muchas cosas, yo siempre lo hago pensando en lo que puedo prevenir, en que esa persona que está ahí necesita educación o sea él desconoce totalmente cosas muy bobitas que uno conoce y que ellos no (...) Isabel B.

Orem (2001 citada en Tomey y Raile 2006) hace alusión al proceso del desarrollo del pensamiento del individuo que va haciendo consciente prácticas de autocuidado que pueden prevenir la enfermedad, por ello:

El autocuidado consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo por determinados periodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo. (p.269)

Según Watson (1979 citada en Tomey y Raile 2006) la enfermera puede apoyar a los individuos en el proceso de aprendizaje de cómo prevenir la enfermedad, en la medida que reconozca que:

La promoción de la enseñanza-aprendizaje interpersonal es un factor importante para la enfermería porque separa el cuidado de la curación. Permite que el paciente esté informado, y cambia la responsabilidad por el bienestar y la salud del paciente. La enfermera facilita este proceso con las técnicas de enseñanza-aprendizaje diseñadas para permitir que los pacientes realicen el autocuidado, determinar las necesidades personales y ofrecer las oportunidades para su crecimiento personal. La responsabilidad de las enfermeras tiene que ir más allá de factores de cuidado, y facilitar el desarrollo en el área de promoción de la salud mediante las acciones preventivas de salud. Esta meta se alcanza enseñando cambios personales a los pacientes para fomentar la salud, ofreciendo un apoyo situacional, enseñando métodos de resolución de problemas y reconociendo las capacidades de superación y la adaptación a la pérdida. (p.95-96)

Por su parte la Organización Mundial de la Salud define la Educación para la Salud como:

No solo la diseminación de los conocimientos elementales relativos a salubridad, sino sobre todo, la formación en el conjunto de la población, de hábitos capaces de obtener en lo concerniente a las enfermedades originadas por las condiciones del medio, la eliminación total o parcial de las posibilidades de trasmisión que dependen en forma directa del comportamiento de los individuos. Los objetivos principales de la Educación para la Salud son lograr que los individuos puedan:

- Definir sus propios problemas y necesidades.
- Comprender lo que pueden hacer acerca de esos problemas con sus propios recursos combinados con el apoyo exterior.
- Decidir cuál es la acción más apropiada para fomentar una vida sana y el bienestar de la comunidad.

Aunque no es explícita en definir que la Educación para la Salud previene la enfermedad si se puede percibir en esta definición, como la educación puede dotar a los individuos de la capacidad necesaria para comprender su situación de salud y emprender procesos que minimicen su riesgo de enfermar. Aráuz, Sánchez y Padilla (2001) dicen acerca de los procesos educativos que:

Son claves en las intervenciones preventivas en el ámbito comunal, particularmente aquellos que han evolucionado de una relación emisor-receptor a una comunicación en la que el profesional de la salud comparte sus conocimientos y el receptor pasa de una actitud pasiva a otra activa y responsable. El nivel primario de atención asume la responsabilidad de la educación y la detección temprana de las enfermedades; lo que proporciona una oportunidad de desarrollar estrategias educativas activas y participativas que trasciendan la visión asistencial y local hacia un enfoque más activo de la promoción de la salud y de la prevención de las enfermedades crónicas prevalentes. (p. 5)

También Blanco y Maya (2005) hacen alusión a la educación como generador de comportamientos que pueden a través de la Educación para la Salud prevenir la enfermedad desde:

La acción educativa, que busca facilitar a las personas la búsqueda de alternativas de un mejor estar en la vida en continuo desarrollo; así, la educación es un proceso permanente que se inicia desde que se nace hasta que se muere. Para que este proceso se articule con el ciclo vital humano, en donde van cambiando día a día las necesidades de cada persona y de cada grupo, es necesario ordenarlo y activarlo siempre desde las necesidades presentes y futuras de los sujetos. (p. 128-129)

El concepto que tienen las estudiantes de enfermería de la Educación para la Salud se interpreta como una herramienta para prevenir la enfermedad de las personas, resulta ser entonces una consecuencia (son un conjunto de acciones que pueden convertirse, en parte, en otras condiciones, afectando el próximo conjunto de acciones/interacciones.) Strauss y Corbin (p.134-156) de la Educación para la Salud a través de la Traducción de la Información de Otros, pues da la posibilidad a los individuos de reflexionar, priorizar y tomar decisiones sobre el cuidado de su salud.

4.1.1.6 Educar para la Salud: Dimensión Fundamental del Cuidado Integral

Los estudiantes participantes revelan que la Traducción de la Información de Otros desde La Educación para la Salud requiere de una visión holística del ser humano que trasciende lo meramente físico o biológico, de lo que se hace evidente cuando la salud se deteriora o se pierde, para ubicarse en otras esferas del ser que vive, siente, sufre pero que sobre todo, pertenece a un contexto

particular, con necesidades y posibilidades singulares, que necesitan ser conocidas, interpretadas e intervenidas por el estudiante de enfermería, para poder ofrecer un cuidado que pueda considerarse integral; es así como lo refieren algunos de los participantes:

(...) Cuidado integral no sólo es cuidarle su patología, sino también la vida que él tiene, las inquietudes que él tiene, entonces ayudarle, brindarle una educación para aclararle todas las dudas, que quede conforme con el cuidado que uno le da, de forma integral: psicológico, emocional, físico y personal, también interactuar con todo lo social de él (...) Camila

(...) para ser educador, primero que todo tengo que tener cosas claras sobre la salud integral, por ejemplo lo primero es anatomía porque se aprende como funciona todo, la segunda herramienta básica fue introducción a la psicología porque creo que es primordial entender ese ser que es el otro, como piensa, como me lo puedo ganar para poder brindarle educación (...) Fernanda E

Concebir al ser humano integralmente exige del estudiante de enfermería la capacidad de entender los contextos sociales, familiares y particulares de las personas que son objeto de su cuidado, le exige además, la capacidad particular de acercarse a aspectos tan esenciales e íntimos del otro como sus valores, su moral, su espiritualidad; aspectos que deben ser abordados en un ser humano que afronta procesos de enfermedad que menoscaban su vida que es un todo y no sólo fracciones que se enferman; requiriendo de igual forma personal de

enfermería capaz de afrontar el reto de lograr integrar y aplicar cuidado de enfermería a ese todo que es el otro.

(...) el cuidado es integral desde la parte física, hasta la parte moral, porque uno no es sólo enfermero, si no que resulta siendo psicólogo, consejero, entonces la gente se siente en confianza y se abre a la enfermera, entonces uno entiende que la salud es muchas cosas y no sólo lo físico, el ser se afecta emocional y psicológicamente, entonces lo más importante es dar un cuidado integral y yo lo he hecho (...)
Fernanda E

(...) al ser humano hay que tratarlo integralmente con su enfermedad, sus sentimientos, sus valores, todo, yo como enfermera, primero que todo si el paciente tiene un dolor primero trato de remediarlo, pero si también sé que tiene otra razón o otro tipo de dolor más emocional o espiritual, hay que aliviarlo integralmente... es muy importante la relación que se tenga con el paciente y la familia para brindar un cuidado integral (...) Elizabeth H.

La integración de conocimientos de diferentes disciplinas en el cuidado de enfermería, requiere hacer parte del significado que las estudiantes tienen del cuidado integral.

Además de realizar intervenciones para mejorar o recuperar la salud física y de adentrarse en la esencia del ser humano para contribuir a su bienestar, el estudiante de enfermería tendrá que dar cuenta de cuidados que puedan satisfacer las inquietudes de los pacientes acerca de su estado, de las

posibilidades que tienen de participar activamente de su recuperación y de los cuidados que requiere sean aprendidos y adaptados a su cotidianidad, así garantizar la recuperación y preservación de la salud.

Es así como el cuidado integral puede ser entendido como responsabilidad profesional, que le exige a la estudiante de enfermería adquirir conocimientos de otras disciplinas para ofrecerlo por medio de la Educación para la Salud.

(...) solamente los profesionales de enfermería somos los únicos que tenemos la cualidad de ver a las personas de forma integral, porque nosotros no miramos a esa persona solita, sino que nosotros la miramos como un centro que está conformada por unos subsistemas, que es su familia, su comunidad, el colegio donde se desarrolla, el ámbito laboral (...) Ruby J

(...) la diferencia en la educación que da el enfermero y otro profesional es que el enfermero da una educación muy integral porque tenemos cosas de varias profesiones. Porque por ejemplo el trabajador social se enfoca en lo suyo, y nosotros en varias cosas en lo familiar, en lo social. La educación que da el enfermero es más integral, familiar, social... los profesionales de enfermería son los llamados a liderar los procesos de educación, porque enfermería estudia a las personas en forma integral y entonces podemos abordar todos los campos y por medio de nuestra formación somos los más indicados (...) Samanta F

(...) la enfermera evalúa y educa al paciente de forma integral, sobre el cuidado, el autocuidado, la parte médica, nutricional, de laboratorio clínico, abarcamos todas las

áreas. Nosotras trabajamos con un grupo interdisciplinario, somos las encargadas de reunir todos estos cuidados y reforzarlos integralmente (...) Melissa D.

Con respecto al cuidado integral u holístico en marzo del 2001 la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud plantean que los servicios de enfermería tienen como misión:

(...) prestar atención de salud a los individuos, familias y las comunidades en todas las etapas del ciclo vital y en los diferentes aspectos de prevención de la enfermedades, promoción de la salud, recuperación y rehabilitación, con un enfoque holístico e interdisciplinario, con el fin de contribuir a un mayor bienestar de la población. Destacan que las intervenciones de enfermería están basadas en principios científicos, humanísticos y éticos, fundamentadas en el respeto a la vida y a la dignidad humana. (p. 355)

Watson (1979 citada en Tomey y Raile 2006) hace referencia al cuidado integral cuando dice que:

Las enfermeras tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen en la salud y la enfermedad de los individuos. Los conceptos relevantes para el entorno interno influyen en el bienestar mental y espiritual, y las creencias socioculturales de un individuo. (p.96)

Erickson, Tomlin y Swain (2002 citada en Tomey y Raile 2006) definen el cuidado holístico (cuidado integral) de enfermería como:

La ayuda holística a las personas en las actividades de autocuidado en relación con su salud. Éste es un proceso interactivo e interpersonal, que nutre las fuerzas para permitir el desarrollo, la liberación y la canalización de recursos para superar las circunstancias y el desarrollo de uno mismo. Los seres humanos son holísticos y tienen múltiples subsistemas de interacción; el cuerpo, la mente, la emoción y el espíritu son una unidad total y trabajan conjuntamente. Se afectan y se controlan unos a otros de forma interactiva. La interacción entre los múltiples subsistemas y las bases inherentes crean el holismo que implica que el todo es mayor que la suma de las partes y es así como la enfermera debe entender a los sujetos objeto de su cuidado. (p. 568-569).

Cuidar holísticamente exige a la estudiante de enfermería convertirse en un ser integral e integrador; integral porque requiere conocimiento científico y una amplia formación humana, e integrador porque a su cargo está la coordinación de los cuidados ofrecidos por diferentes disciplinas, que juntos pueden alcanzar este cuidado, así la Educación para la Salud es el aporte más importante que el profesional de enfermería ofrece al equipo de trabajo interdisciplinario del que hace parte.

Chiodelli y Do Prado. (2007) afirman que:

El cuidado del ser humano, en su complejidad, ha sido señalado por diversos autores como objeto epistemológico de la Enfermería, comprendido como un cuidado que rompe con la fragmentación cuerpo/mente, normal/patológico; un cuidado integrador, humanizado, favorecedor de una vida mejor y más saludable. (p.6)

Lo que permite promover la participación de las personas en su autocuidado y de esta forma incidir en su cuidado integral. Los individuos sanos o enfermos deben ser conscientes de las diferentes formas que tienen de preservar, mejorar y mantener un estado de salud óptimo, información que debe ser ofrecida por medio de la Educación para que permita la introyección y el empoderamiento.

Para Orjuela, Almonacid y Chalá (2009) en el cuidado integral:

Desde la Educación para la Salud, el individuo juega un papel activo, participa y se responsabiliza de su autocuidado, pero el comportamiento del individuo está influenciado por factores medioambientales por lo que la comunidad entera debe participar de ella...desde una perspectiva individual pero con énfasis en la participación comunitaria, la Educación para la Salud ofrece al individuo y a la comunidad conocimientos, que aunque no son el objetivo central de la Educación para la Salud, le ayudan a adquirir habilidades y destrezas con el objetivo de prevenir las enfermedades, proteger, conservar y mejorar su salud y proteger el medio. (p.26)

El documento estratégico de la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (2008): Perfil y competencias de la Enfermera Familiar y Comunitaria, resume esta subcategoría cuando se hace referencia al cuidado integral.

El profesional de enfermería estará capacitado para dar respuesta a las necesidades de salud de la población tanto sana como con alteración de la salud, mediante una asistencia desde una perspectiva holística: fisiológica, psicológica, social, cultural y espiritual; integral y directa a las personas, familias y comunidades, con el objetivo de promover, mantener o mejorar su salud a través del fomento de la capacidad de autocuidado y de la capacidad para cuidar a personas dependientes. (p. 5-8)

Se podría concluir que la Educación para la Salud trasciende al campo del cuidado integral, como consecuencia de la Traducción de la Información de Otros y que como propósito debe enriquecerse constantemente del conocimiento generado por la investigación, el estudio profundo de la disciplina y la experiencia, de esta manera sustentar con bases teóricas sólidas la apropiación del cuidado como esencia disciplinar, en la que la Educación para la Salud sea más que una opción, una obligación profesional, ética y humana.

4.2 Discusión

Identificar que el significado construido por un grupo de estudiantes de enfermería sobre la Educación para la Salud se centra en la Traducción de la Información de Otros cobra especial relevancia, puesto que se evidencia una posición sumisa, poco relevante frente a lo que es la esencia de la enfermería, ubican sus funciones a la sombra de otros profesionales, entendiendo como propia la actividad de Traducir la Información de Otros y desmeritando lo que con sus conocimientos y/o formación pueden lograr o hacer, desconociéndose como integrantes de una disciplina que tiene y sigue construyendo su propio conocimiento.

Para la profesión de enfermería es un reto rescatar su esencia como disciplina, lo que se ha venido logrando poco a poco, gracias al estudio juicioso de profesionales que desde las áreas asistencial, investigativa, formativa y administrativa han aportando al enriquecimiento de ésta ciencia.

Aunque se sigue considerando de menor importancia la enfermería frente a otras disciplinas del área de la salud que han sido predominantes en la formación de la enfermería moderna, y que han dejado como legado conceptos o funciones relacionados con la Educación para la Salud desde perspectivas de prevención de la enfermedad, enseñanza de estilos de vida saludables; conceptos más paternalistas que contextualizados a la realidad de las actuales políticas públicas internacionales, nacionales y locales relacionadas con la Salud Pública, la

Atención Primaria en Salud Renovada, la Promoción de la Salud y la Educación para la Salud; y que desvirtúan la esencia del trabajo de enfermería como profesionales competentes en la Educación para la Salud.

Esto podría ser una razón para pensar que las bases recibidas por estos estudiantes no les han propiciado comprenderse como parte de una disciplina diferente, con conocimientos y funciones propias; que no necesita del respaldo o apoyo de otras para ejercer acciones autónomas de cuidado. Entender que pueden Educar para la Salud y no solamente Traducir la Información de Otros.

Deben tener en cuenta que las intervenciones educativas que pueden realizar son relevantes, determinantes en el bienestar de las personas y positivas en la medida que se disponga de conocimientos, metodologías, técnicas y actitud adecuadas, generadoras de poder, de aprendizaje significativo que perdure, que trascienda las propias expectativas y las de la sociedad, para que así puedan transformar su entorno y pensamiento, además de sus prácticas cotidianas.

Y contribuir a erradicar el paradigma tradicional concebido en el que la enfermera cumple un papel colaborador de la medicina sin ocupar un papel relevante, desconociendo en principio los conocimientos teóricos y prácticos que posee, los cuales se constituyen en el punto de partida, para el contacto que realizan para mejorar entre otros, las condiciones de vida que se esperan sean generadas de manera imparcial, con altas expectativas desde la Educación para la Salud y así

consolidarla como lo define Ortiz (1989 citado en Serrano (2000) en patrimonio de la humanidad, no delegable, pero si compartida por todos.

Por lo que se hace necesario que se estudien las concepciones que tienden a reducir el concepto y por consiguiente el campo de actuación de las futuras profesionales de enfermería en Educación para la Salud, y lograr que se considere el cuidado integral que brindan como un equivalente de calidad en condiciones cercanas a los sujetos, en forma imparcial, intrínseca y atributiva.

También es significativo que desde éste análisis y discusión interpretemos que emergen dos importantes desafíos para la categoría: uno pedagógico y el otro político. El desafío pedagógico se refiere a la conciencia de que su praxis siempre es educativa, desde que se permita la entrevista capaz de promover la inclusión solidaria, trascendiendo la humanidad marginada. En el segundo, es necesario promover políticas educativas en salud que posibiliten la participación, la cooperación y la solidaridad; una Educación para la Salud que considere la sociabilidad, la responsabilidad de todos con la vida, con la paz y con la posibilidad de soñar hacia el futuro.

La estudiante de enfermería comprende y establece empatía con las personas objeto de su cuidado y la pone de manifiesto por medio del acto comunicativo, porque desde la comunicación, como lo plantea Serrano (1989 citado en Serrano 2000) posee elementos cognitivos además de instrumentos para que las acciones

individuales y colectivas de los individuos sean determinadas por estos, es decir si optan por cambiar o no sus comportamientos y los elementos que influyen para mejorar su salud.

Desde su figura solidaria el estudiante de enfermería puede ejercer el uso de la palabra, en consonancia con elementos integradores de la comunicación, que potencialicen el establecimiento de varios niveles de intervención en Educación para la Salud y que refuercen valores, códigos, símbolos tradicionalmente utilizados por las personas, para situarse como lo manifiesta Freire (1992) en un agente intencional comunicativo, de los destinatarios de su actividad, haciendo coincidir sus códigos comunicativos, los de los receptores y estimulándolos para que se conviertan en emisores y constructores del discurso de su propia realidad.

Consideramos que las estudiantes de enfermería deben concientizarse de su aporte en los diferentes contextos desde la intervención en Educación para la Salud. Tener en cuenta que las intervenciones educativas son relevantes, determinantes en los estilos de vida saludables y positivos en la medida que se disponga de metodologías adecuadas, generadoras de un aprendizaje que perdure que trascienda las propias expectativas y las de la sociedad, para transformar su entorno además de sus prácticas cotidianas.

Lo anterior se puede reflejar en las competencias sociales y personales que le permitirán afrontar los retos ligados a los modos de vida social, los diferentes

ambientes, los hábitos, la distribución de los recursos, en definitiva todos los componentes de las diversas organizaciones sociales para mejorar la calidad de la existencia, además de saber los problemas que los afectan y resolverlos con los recursos que se poseen, según Clark y Mclery (1995, citado en Serrano 2000) esto hace que se busquen medios para avanzar y soluciones que a veces no están cercanas para las comunidades.

Creando así relaciones más cercanas, las cuales puede intervenir desde ópticas diversas entre ellas, desde la medicina social con propuestas como la que presenta Iriart et. al (2002) que permiten ver a “la población y a las instituciones sociales como totalidades cuyas características trascienden las de los individuos que las componen” (p.15–20).

Así la Educación para la Salud, se convierte en un medio para comprender las diversas manifestaciones que se tiene para subsistir y que son experimentados en varios momentos de la vida humana, haciendo de ésta un elemento integrante de hombres y mujeres en el interactuar en sociedad. En la que se requiere de la educación que a veces es más explicable y adaptable en tanto sea mirada a partir del aprendizaje, convertida en asuntos de indagación, prácticas formativas orientadas a influir en los seres humanos en beneficio de su salud.

Pero siendo observable y aplicable por las estudiantes de enfermería solo desde una postura de educar, entendida como enseñar hábitos saludables, corregir,

aclarar en el escenario inmediato de interacción; en poca medida concebida la Educación para la Salud como un proceso que opera en todos los ámbitos de interacción que tiene el ser humano.

En el que se puede obtener el empleo de metodologías acordes a la población, encaminadas a responder desde teorías del desarrollo humano y de modelos de aprendizaje específicos entre otros, que garanticen mediaciones educativas acertadas; de esta forma según lo expresa Tones (1949 citado en Serrano 2000) se pueden experimentar diversas formas de aprendizaje y los métodos correspondientes a alcanzar los objetivos en cada proyecto que se proponga, que afiancen lo cognitivo, afectivo, psicomotriz, social entre otros que intervengan en el comportamiento humano.

Lo que permitirá el perfeccionamiento de una Educación para la Salud situada y en consonancia con discernimientos sobre el hombre y su posición frente a la salud, acorde a las circunstancias conductuales de progreso de la existencia humana comunitaria, en la cual se relacionan según lo expresa Turibian (1997 citado en Serrano 2000) “la salud como un elemento positivo, con factores como el trabajo gratificante, la alegría, relaciones sociales no traumáticas, solidaridad, vivienda acogedora, música, cultura, fraternidad, la no exclusión y la libertad (p. 21).

Por lo que se hace necesario pensar estrategias que logren formar profesionales de enfermería capaces de enfrentar los retos que hoy Colombia tiene en temas de

salud; lo cual puede ser entre otros, por medio de la promoción de la salud para impactar en la aparición de enfermedades prevenibles, con una Educación para la Salud contextualizada, clara, apropiada, que genere cambios importantes en la morbimortalidad de los colombianos.

Desde el proceso educativo se puede acompañar al ser humano desde su principio, con su vocación ontológica de ser más, éste es capaz de comprometerse con su realidad para poder actuar y transformarla. La educación es parte integrante de nuestra vida y ocurre de manera continua, dinámica, en el tiempo y en el espacio. Así el tiempo escolar no es el único espacio de formación, de aprendizaje y de cultura. El fenómeno educativo ocurre en otros espacios y tiempos sociales, las empresas, la calle, durante el ocio y en el trabajo.

Es por ello que esta investigación, la Educación para la Salud: Una experiencia en la formación académica de las estudiantes de enfermería, pretende generar reflexión entre docentes y estudiantes, al rescatar el sentido pedagógico de la intervención que realizan desde la Educación para la Salud en sus prácticas clínicas y comunitarias.

Y el de resaltar que se requiere entre otros aspectos, intervenciones que faciliten la acción de todos los actores en un equilibrio en el que ninguno es más que el otro por su saber, experiencias o por ser el portador de una historia de vida que para otros es insoslayable, simplemente una relación horizontal, que favorezca el

trabajo en grupo y en el que la enfermedad no sea el único tema a abordar, ni la cura, también lo sea la sociedad y las diversas interacciones que se tienen con ésta, aunados a los esfuerzos de dirigentes para intervenir con políticas eficaces y eficientes de alto impacto positivo a nivel social y personal.

Porque la solución no está en las manos de un grupo determinado, es de todos y de todas las especialidades o formaciones (promoción de la salud, epidemiología, medicina social, educación, entre otros) porque no somos seres únicos en cuanto al conocimiento, requerimos de diferentes áreas para integrar esfuerzos en pro del bienestar de la sociedad, lo que se materializa en la Educación para la Salud, como una posibilidad que las personas tienen para ejercer un control consiente sobre su vida y lo que hacen de ella.

5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Dime y lo olvido, enséñame y lo recuerdo,
involúcrame y lo aprendo

Benjamín Franklin

A partir de los resultados obtenidos en esta investigación, se observa que el futuro profesional de enfermería interpreta la Educación para la Salud como Traduciendo la información de otros, sin embargo es importante describir que ésta trasciende la interpretación que las estudiantes hacen, ya que desde su cotidianidad se puede rescatar que:

- Enmarca su formación universitaria y el quehacer cotidiano desde los procesos de sensibilización que la Universidad ofrece al estudiante de enfermería, le posibilitan la aceptación y comprensión de las diferencias humanas.
- Necesita identificar los conocimientos previos, unirlos a los saberes de la comunidad y complementarlos con los propuestos por la universidad (científicos) para potencializar un cuidado enfermero integral.

- El proceso entre el estudiante de enfermería y los sujetos de cuidado está basado en un contacto permanente, cercano, interpretativo de la familia y la cultura, sus necesidades e intereses particulares, de esta manera posibilita el desarrollo humano.
- El cuidado y la Educación para la Salud permite al estudiante de enfermería el acercamiento a las realidades de las personas, al mismo tiempo que le proporciona a las comunidades participar activamente, ejercer liderazgo y tomar decisiones que pueden posibilitar su bienestar.
- Comunicarse con las personas que interactúa la estudiante de enfermería (médicos, enfermeros, auxiliares, pacientes, familias, colectivos, entre otros) genera aceptación y credibilidad, además la interdisciplinariedad.
- La empatía con el otro, posibilita una relación cercana, mediada por el reconocimiento y respeto de las diferencias individuales.

Por lo tanto es recomendable que la facultad de enfermería en la cual se llevó a cabo esta investigación considere:

- Hacer un análisis del proceso de formación que se realiza con sus estudiantes y constate si sus núcleos sistémicos están permeados por una adecuada incorporación de la vivencia de la Educación para la Salud, como

elemento que transversaliza el desempeño, quehacer y adquisición de conocimientos, que más adelante pondrán en práctica al interactuar con la comunidad, desde una concepción integradora de saberes, elemento consolidador de la educación que se brindan en las comunidades.

- Ahondar sobre el propósito que tiene la universidad, desde la asignatura Educación para la Salud, la cual requiere de consolidar una posición diferente a la percibida desde los estudiantes, como un papel de intermediario, lo cual es vivido en sus diversas interacciones con la comunidad que se relaciona.
- Otro aspecto a consolidar es el trabajo con la sociedad para estructurar los aspectos favorables frente a la imagen que se tiene del enfermero y enfermera y de cambiar aquella que puede ser desfavorable o considerarse reduccionista.
- Incorporar asignaturas, en las facultades de enfermería, relacionadas con Teorías del Desarrollo Humano, Pedagogía y Didáctica, entre otras que complementen de forma significativa la formación del futuro profesional de enfermería.

- Establecer alianzas estratégicas con otras facultades, en especial de Educación, para consolidar estrategias de formación para estudiantes y docentes.
- La subcategoría Educar para la Salud: Dimensión Fundamental del Cuidado Integral puede propiciar otros estudios investigativos que arrojen respuestas amplias a temáticas relacionadas con la disciplina por la cual propende formar la universidad.
- Realizar esta investigación en otros contextos y universidades.

BIBLIOGRAFÍA

- Achury y Velásquez (2008) Importancia de la comunicación en el abordaje a los pacientes con problemas cardiovasculares. *Revista de Enfermería*. Colombia.
- Aguirre, D. (2004). Fundamentos de la Relación Enfermera-Persona Sana o Enferma. *Revista Cubana de Salud Pública*. (30) 361-368.
- Álvarez, J.L y Jurgenson, G. (2009). *Cómo hacer investigación cualitativa, fundamentos y metodología*. México: Editorial Paidós.
- Arango (2008). *Debates y movimientos sociales en defensa de la salud en América latina*. Revista cubana de salud. v.34 n.1 ene.-mar. 2008
- Aráuz, A. G., y Sánchez, G., y Padilla, G. (2001). Intervención educativa comunitaria sobre la diabetes en el ámbito de la atención primaria. *Investigación y Educación en Enfermería*. (8) 5.
- Arboniés, J. C. (1998). Hablar con el paciente terminal, descubrir sus necesidades y las de su familia. *La comunicación*, (16) 75-85.

- Arriata, F. A. (2005). Ética e intencionalidad en el proceso de educar en salud, *Avances en Enfermería*. (23) 17-70.
- Arroyo, G. (2000). Humanismo en Enfermería. *Revista de Enfermería*, 2, 61-63.
- Barragán, J.A. (2006). La calidad de los servicios de enfermería. *Revista De Enfermería*, (3) 15-18. 5.
- Beltrán, P. L., Acosta T, M O. (2003) *Modulo: Teorías del desarrollo humano*. Medellín: Fundación Universitaria Luía Amigó.
- Bermejo, J.C. (1999). *Salir de la Noche por una Enfermería Humanizada*. España: Editorial al Terrae Santander.
- Blanco, J. H., y Maya, J. M. (2005). *Salud Pública*. Medellín: Colombia.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic interactionism: Perspective and method*. [Interaccionismo simbólico; perspectiva y método]. California: Editorial: Universidad de California.
- Cardaci y Mercedes (2005). Mujer, género y currículo. Un acercamiento a las IES públicas.

- Cardona, L.M., y García, M.L. (2001). La empatía, un sentimiento necesario en La relación enfermera-paciente en la investigación. *Desarrollo Científico Enfermero*, (18) 3.
- Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*; 1 (1), 13-23.
- Carta del Caribe para la Promoción de la Salud. (1993). Puerto España, Trinidad: junio 1-4.
- Castrillón, M.C. (2008). Pensando en la formación de futuros profesionales de enfermería en América Latina. *Investigación y Educación en Enfermería*, 26, 5-6.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*.
- Chenitz, W, C. Swanson, J, M. (1986). *From Practice to Grounded Theory. Qualitative. Research in Nursing* [Teoría fundada. Búsqueda cualitativa en enfermería] California: Addison- wesley.

- Chiodelli, N., y Do Prado, M. L. (2007). Educación continúa en el trabajo: Nuevos desafíos para los profesionales de Enfermería. *Investigación y Educación en Enfermería*, (25) 7-8.

- Consejo Internacional de Enfermeras. (2002, Mayo). *Las enfermeras dispuestas siempre a ayudarte* (informe NO 1201). Ginebra, Suiza: Jean Marteau.

- Daza, R., Torres, A.M., y Prieto G.I (2005). Análisis crítico del cuidado de enfermería. *Index de Enfermería*, 14, 48-49.

- De la Cuesta, B. C. (2002). *Tomarse el amor en serio: contexto del embarazo en la adolescencia*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquía.

- Declaración de la 2ª Conferencia Internacional sobre promoción de la Salud, recomendaciones de Adelaide. (1988). Australia del sur abril 5 al 19.

- Declaración de Medellín. (2009).4ª. Conferencia Latinoamericana de Promoción de la Salud y Educación para la Salud UIPES-ORLA.

- Declaración de Sundsvall. (1992). Los ambientes favorables a la salud. Suecia 9 al junio 15.

- Declaración de Yakarta para la Promoción de la Salud en el siglo XXI. (1997).
Indonesia julio 21 al 24.

- Declaración del Milenio. (2000). Sede de la Naciones Unidas. Nueva York
septiembre 6 al 8.

- Denman C, Haro JA. (2000). *Por los rincones, antología de métodos cualitativos
en la investigación social*. México. Editorial: El colegio de sonora.

- De Sousa, Torres, Pinheiro, (2010). Las prácticas de enfermería en Educación
para la Salud en Brasil, Enero - mar 18 (1) 55-60,

- Díaz, Paz y Pimenta. Educación en salud, un programa de control de enseñanza
y vivencia del equipo interdisciplinario. Brasil. Abril-junio (2010) (2):223-229.

- Duque, C. S. (1999). *Dimensión del Cuidado de Enfermería a los Colectivos: un
espacio para la promoción de la salud y la producción de conocimiento*.
Investigación y Educación en Enfermería; (17) 1: 15-23.

- Escoubas, E. (2006). *¿A qué llamamos “traducir”? de la multiplicidad de las
lenguas a la tarea del traductor: la problemática filosófica de la traducción
en Heidegger y Benjamin*. España: BAPL

- Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria [FAECAP]. (2008). Documento estratégico Perfil y competencias de la Enfermería Familiar y Comunitaria.

- Fernández, C. E. (2007). Competencias clínicas en enfermería: modelos aprendizaje y de gestión de la práctica. 3-5

- Freire, P. (1986). *La educación como práctica de la libertad*. Bogotá: Ediciones Siglo XXI.

- Freire, P. (1992) *Pedagogía del oprimido*. Madrid: Ediciones Siglo XXI.

- Freire, P. (1993). *El acto de leer y el proceso de liberación*. México. Ediciones Siglo XXI.

- Freire, P. (1993). *Pedagogía de la Esperanza*. México: Ediciones Siglo XXI.

- Galeano, M. E. (2001). *Estrategias de investigación social cualitativa. Informe final del año sabático*. Medellín: Universidad de Antioquia.

- Galeano, E. (2004). *Estrategias de investigación social cualitativa: el giro en la mirada*. Medellín: Editores La carreta.

- García, M., Sáez, C., Escarbajal de H. (2000). *Educación para la Salud, la apuesta por la calidad de vida*. España: Ediciones Arán.
- García, R. (2001). Ser sistemáticamente piagetianos. *Estudios de Psicología*. Universidad Autónoma de Madrid. (22) 368- 381.
- Granda, E. (2004). *Veinte años, balance y perspectiva de la Medicina Social en América Latina*. Lima; IX Congreso Latinoamericano de Medicina Social.
- Guirao G (2002,5). *Investigación de enfermería en Educación para la Salud*. Almería. Servicio de publicaciones.
- Gutiérrez, I. (1998). La empatía. *Universidad de Alcalá de Henares*, (4) 112-115.
- Gyarmati, G. (1992). *Salud y Enfermedad: Hacia un Paradigma Biopsicosocial*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Iriart, C., Waitzkin, H, Breilh, J., Estrada, A., y Merthy, E. (2002) Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Revista panamericana de salud pública*. (12) 1-3.

- Jara, C.P., Polanco, A.O., y Alvear., L.M. (2005). *Percepción del rol profesional de alumnos de enfermería de la Universidad de Concepción*. Chile. Investigación y educación en enfermería. (23) 2: 56-69.
- Londoño (2005). Educación para la Salud una propuesta pedagógica para los niños de educación preescolar.
- Molina, B. (2009) *Perspectiva de algunos actores sobre los modelos de Educación para la Salud subyacentes en programas de salud sexual y reproductiva dirigidos a adolescentes, Medellín 2004-2007*. Tesis para optar al título de Magister en Salud Colectiva, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
- Molina y Posada (2007), modelos de Educación para la Salud subyacentes en programas de salud sexual y reproductiva de Medellín dirigidos a adolescentes. Medellín. Colombia.
- Mondragón, L. (2007). Ética de la investigación psicosocial. *Salud Mental*. (6) 25 31.
- Morse, J. M. (2007). Editora En: *Asuntos Críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Medellín: Universidad de Antioquia.

- Oliveira y Domingos (2009). Los sentidos de la educación en salud. Brasil
Diciembre. 30 (4):669-676

- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
(UNESCO). (1996) 15.

- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1978). Declaración de Alma-Ata,
atención primaria en salud. Ginebra.

- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1998). Promoción de la Salud.
Ginebra.

- Organización Panamericana de la Salud. (2001). Servicios de enfermería para
contribuir al logro de la equidad, el acceso, la calidad y la sostenibilidad de
los servicios de salud. Washington.

- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2006). Consejo Ejecutivo. Ginebra.

- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2006). Séptimo Programa General del
Trabajo. Ginebra

- Orjuela, O., Almonacid, C. C. y Chalá, M.S. (2009). *Educación para la Salud:
Programas Preventivos*. Bogotá: Manual Moderno Editorial.

- Osorio, M. B., López, A. L. (2008). Competencia cultural en salud: necesidad emergente en un mundo globalizado. *American Academy of Nursing Expert Pane.* (17), 4-6.

- Papalia, D. Olds, Sally, W. (2005) *Desarrollo humano*. México: McGraw Hill.

- Parga y Pico. (1991), Educación para la Salud de los trabajadores: propuesta teórica – metodológica.

- Pérez. (2007) Concepción actual de la Educación para la Salud. *Revista cubana de salud.* 1

- Pozo, E. (2005). *Programa de promoción de la salud mental dirigido a la población adolescente en la escuela.*

- Primera conferencia internacional, de promoción de la Salud, Ottawa 21 de noviembre de 1986.

- Quinta Conferencia Mundial de Promoción de Salud. (2000). México. Junio 5 al 9.

- Revista Cubana de Salud Pública. vol.33. no.2 La Habana. 2007. Simposio "Heliodoro Martínez Junco *In Memoriam*": *Debate on health promotion and health education.*
- Revista de Salud Pública de Educación. (2001). Carta de Ottawa; 1 (1): 19-22 20
- Ritzer, G. (1993). *Contemporary sociological theory*. New York. McGraw-Hill.
- Rodríguez, M. L. (2009). *La teoría del aprendizaje significativo en la perspectiva de la psicología cognitiva*. Barcelona. Octaedro.
- Salleras, L. (1985). *Educación sanitaria, principios, métodos y aplicaciones.*, 3ªed. Madrid. Díaz de Santos.
- Sandoval, C. (1996). *Investigación cualitativa. Santa Fe de Bogotá. Instituto para el fomento de la Educación Superior*. ICFES. Asociación colombiana de Unidades e Institutos Universitarios. ACIUP. p. 51-85.
- Sandoval J., Aristizábal C., Ospina B., y Ramírez M. (2005). *La escala de Likert en la valoración de los conocimientos y las actitudes de los profesionales de enfermería en el cuidado de la salud*. Antioquia. Investigación y Educación en Enfermería. 23(1), 14-29.

- Sanmartino (2009). Educación popular y salud: conformando nuevos espacios de aprendizaje y producción de conocimientos en la universidad 49(4) 1:8.
- Serrano, G. (1989). *Educación para la Salud y la participación comunitaria*. Madrid: Ediciones Díaz Santos.
- Serrano, M. I. (2000). *La Educación para la Salud del Siglo XXI: Comunicación y Salud*. Madrid: Díaz de Santos Ediciones.
- Sousa, B. Torres, A. Pinheiro, P.; Pinheiro, Ana. (2010). *La enfermería y las prácticas en Educación en Salud en Brasil*. Enero - mar 18 (1) 55-60,
- Strauss, A. Corbin, J. (2002) *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Colombia. (2a. ed. Universidad de Antioquia.
- Tomey, A.M., y Raile, M. (2006). *Modelos y teorías en enfermería*. España: Elsevier.
- Travelbee, J. (1967). *The nurse-patient relationship*. Filadelfia: Gedisa
- Valles, M. (2003). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis.

- Valles, M. (2007). *Cuadernos metodológicos. Entrevistas cualitativas*. Madrid: Centro de investigaciones sociológicas.
- Vasilachis, G. (2007). *Estrategias de investigación cualitativa*. España: Gedisa.
- Vásquez, E. (1998). *Dimensiones del Cuidado*. Bogotá: Unibiblos.
- Villarraga, L., y Delgado, A.J. (1998). *El Poder del Cuidado Generador de Conocimiento en Enfermería dimensiones del cuidado*. Bogotá: Unibiblos
- Zea, B. (2007). *Aportes epistemológicos y pedagógicos desde la educación popular a las prácticas de Educación para la Salud con colectivos sociales*. Tesis para optar al título de Magister en desarrollo educativo y social. Universidad Pedagógica Nacional.

ANEXOS

ANEXO No. 1

FORMATO DE ENTREVISTA PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

La Educación para la Salud: Una Experiencia en la Formación Académica de las estudiantes de Enfermería

- 1 ¿Cuéntenos que formación que ha recibido en la Universidad?
- 2 ¿Describame cuáles son los roles que ha desempeñado como estudiante de enfermería?
- 3 ¿Qué significado tiene para usted la Educación para la Salud?
- 4 ¿Describame alguna o algunas experiencias significativas de Educación para la Salud ha tenido durante el desarrollo de sus prácticas clínicas y comunitarias?
- 5 ¿Cuál sería la importancia que tiene la Educación para la Salud para la práctica profesional de enfermería?
- 6 ¿Qué elementos le fueron brindados por la universidad para intervenir al individuo y a los colectivos por medio de la Educación para la Salud? ¿De ejemplos de algunos elementos recibidos en este tema?
- 7 ¿Qué posibilidad tiene desempeñarse laboralmente como Educador para la Salud? ¿Por qué?

ANEXO No. 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En calidad de estudiantes del Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano (CINDE) en convenio con la Universidad de Manizales, deseamos obtener su aprobación para que usted haga parte de la investigación: La Educación para la Salud: Una Experiencia en La Formación Académica de las estudiantes de Enfermería.

Dicho estudio busca comprender el significado que han construido las estudiantes de enfermería de noveno semestre, de las interacciones de Educación para la Salud que han tenido durante sus prácticas clínicas y comunitarias en su proceso de formación. Cuenta con el apoyo académico del Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano (CINDE); se estima que su duración será de 1 año.

Dado que la Educación para la Salud, es un aspecto muy importante para la profesión de enfermería, se quiere conocer qué significado han construido las estudiantes de este. La colaboración de las estudiantes de enfermería es vital para este estudio y sin ella no se podrá llevar a cabo. Para realizarlo se solicita su colaboración voluntaria. Esta participación implica compartir su experiencia como

Educador Para La Salud en su proceso de formación, es una entrevista de aproximadamente una hora de duración que será grabada y se celebraría en el lugar y en el momento más conveniente para usted. Además, puede existir la posibilidad de solicitarle una segunda entrevista para explorar algunos aspectos de interés.

Es importante aclarar que todos los datos obtenidos son de absoluta reserva y sólo se utilizarán como fuente de información para la investigación, sin mencionarlo en ningún momento a título personal; se le dará un seudónimo.

Si en algún momento usted desea retirarse de la investigación puede hacerlo, guardándose las razones de esta decisión.

Existe el compromiso de proporcionar información durante el desarrollo de la investigación, cuyos resultados finales se pondrán a disposición de las personas interesadas y se difundirán entre la comunidad académica y de la institución.

Agradezco su atención y espero que usted acepte vincularse en este proceso, cuyo objetivo es contribuir al mejoramiento del cuidado de enfermería y, por ende, el mejoramiento de la profesión.

Nombre_____

Firma_____

CC_____

ANEXO No. 3

ESQUEMA

