



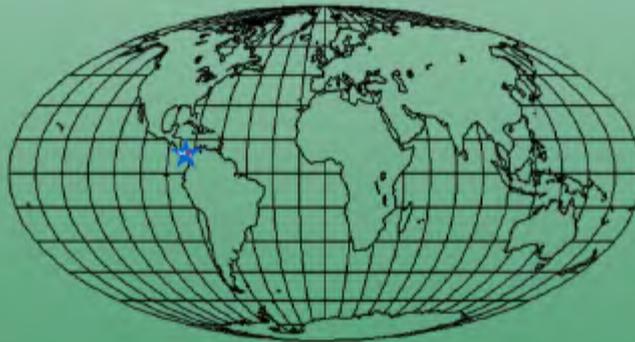
Universidad de Panamá



Facultad de Enfermería

Enfoque

Revista Científica de Enfermería



VOL. XXI Especial 16 páginas 122 Panamá, Rep. de Panamá. Enero - Junio 2017

revista.enfoque@up.ac.pa

PRACTICA AVANZADA DE ENFERMERÍA EN PANAMÁ: UNA ALTERNATIVA VIABLE

Fecha de Recepción: 8 de febrero 2017

Fecha de Aceptación: 18 de mayo 2017

Mgter. Juliana Benoit Prado

Departamento de Salud de Adultos

Facultad de Enfermería

Universidad de Panamá

Email: julianabenoit@yahoo.es

Resumen:

El presente artículo, está basado en la experiencia vivida al realizar una pasantía en Nueva York, en el Memorial Sloan-Kettering Cáncer Center, en el área de Oncología, junto a una enfermera “Nurse practitioner” o enfermera de Práctica Avanzada. Su objetivo principal es presentar la revisión de la literatura donde se destacan algunos ámbitos o especialidades en que los roles y competencias de las enfermeras con la titulación de Practica Avanzada esta vigente. Además se presentan los principales obstáculos que han atrasado el desarrollo de esta nueva alternativa de Práctica Avanzada de enfermería en Panamá.

Describimos el rol expandido y protagónico de la Enfermera en el manejo de estos pacientes a su cargo, de los cuales es responsable de la evolución y tratamiento. Lo vivenciado, nos lleva a la reflexión, 15 años después, de las causas por la cual no contamos con profesionales de Enfermería que tengan esos roles en Panamá. Concluimos que existen iniciativas de parte de las autoridades de Enfermería para impulsar cambios que lleven a aprovechar al máximo los conocimientos, competencias y las valiosas experiencias que van obteniendo estas enfermeras de su preparación académica avanzada y experiencias en el área.

Palabras Claves: Practica Avanzada, competencias de la enfermera

ABSTRACT

This article is based on the experience of doing an internship, along with a nurse practitioner, in the area of oncology at the Memorial Sloan-Kettering Cancer Center in New York. The main objective of this article is to present a review of the literature that highlights some areas or specialties where the roles and competencies of nurses with the Advanced Practice qualification are in force. In addition, the main obstacles that have delayed the development of this new alternative for Advanced Practice Nursing in Panama are presented.

We describe the expanded and the leading role of the nurse in managing patients in her charge, of which she is responsible for the patients' evolution and treatment. What we

experienced leads us to reflect, 15 years later, on the reasons why we do not have nursing professionals who have these roles in Panama. We conclude that there are initiatives, on the part of the nursing authorities, to promote changes that make the most of the knowledge, skills, and valuable experiences that nurses gain from their advanced academic preparation and experiences in the area.

Keywords: Advanced Practice, nurse competencies

RESUMO:

Este artigo é baseado na experiência de realização de estágio em Nova York, no Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, na área de Oncologia, junto a uma “Enfermeira” ou Enfermeira de Prática Avançada. O seu principal objetivo é apresentar uma revisão da literatura que evidencie algumas áreas ou especialidades em que vigoram as funções e competências do enfermeiro com a qualificação de Prática Avançada. Além disso, são apresentados os principais obstáculos que têm atrasado o desenvolvimento desta nova alternativa de Prática Avançada de Enfermagem no Panamá.

Descrevemos o papel ampliado e protagonista da Enfermeira no manejo desses pacientes a seu cargo, dos quais ela é responsável pela evolução e tratamento. O que vivemos nos leva a refletir, 15 anos depois, sobre os motivos pelos quais não temos profissionais de Enfermagem com essas funções no Panamá. Concluimos que existem iniciativas por parte das autoridades de enfermagem no sentido de promover mudanças que valorizem os conhecimentos, competências e experiências valiosas que estes enfermeiros obtêm com a sua preparação acadêmica avançada e experiências na área.

Palavras-chave: Prática Avançada, competências do enfermeiro

Introducción

La práctica avanzada de enfermería (EPA) no es un concepto nuevo, desde hace más de 50 años se están realizando estas prácticas en los Estados Unidos. En el año 2003 viví una experiencia con una enfermera de práctica avanzada, durante una pasantía que realicé en el Memorial Sloan-Kettering Cáncer Center, en Nueva York. Durante mí pasantía en esta institución, mundialmente reconocida, para el tratamiento del cáncer, me asignaron como tutora a una “Nurse practitioner” o enfermera de práctica avanzada. Para mi sorpresa, por cierto, muy agradable, esta enfermera realizaba muchas funciones, que en nuestro medio solo son ejecutadas por médicos residentes. Ella era la responsable de la evolución y tratamiento de cinco pacientes en el piso donde laboraba, entre las que se destacaron: revisar los informes de laboratorios, valorar condición física y psicológica del paciente, presentar la evolución del paciente a los médicos funcionarios, proponer cambios en el tratamiento, realizar procedimientos muy delicados como un trasplante de médula ósea entre otros muchos que

deben recibir estos pacientes. Igualmente, un día a la semana se programaba para hacer visitas domiciliarias para darles seguimiento a los pacientes que habían sido tratados en el hospital.

Este es el tipo de enfermera de práctica avanzada a las que quiero referirme en este artículo. Después de 15 años de mi experiencia, aún en Panamá, no contamos con enfermeras que desempeñen estos nuevos roles en la práctica de enfermería. Sin embargo, ya se observan algunas inquietudes, como, por ejemplo: a nivel de las autoridades de enfermería del sistema de salud de Panamá, ya se está hablando y negociando el desarrollo de programas de práctica de enfermería avanzada, específicamente a nivel de Atención Primaria, donde las enfermeras tienen las competencias para diagnosticar, tratar y referir a clientes con alteraciones de salud para asegurar un tratamiento rápido, responsable y acertado.

El objetivo principal de este artículo es presentar una revisión de la literatura donde destacamos algunos ámbitos o especialidades donde se realizan estas prácticas, las competencias que deben tener las enfermeras para lograr esta nueva titulación, nuevas funciones que realizan y sobre todos cuales son los principales obstáculos que han atrasado el desarrollo de esta nueva alternativa de práctica avanzada de enfermería en Panamá.

Práctica avanzada de enfermería

En una revisión bibliográfica realizada, la Dra. Marta Simonetti (2013) presenta que la American Association of Colleges of Nursing (AACN) en 1996, definió la enfermera de práctica avanzada como: “Enfermeras que tienen preparación de postgrado cuyo objeto es proveer cuidados directos a los pacientes”. Según esta definición todas las enfermeras que tienen una especialidad, ya sea en cuidados intensivos, pediatría, oncología y muchas otras especialidades más, hacen una práctica avanzada de enfermería. Basándonos en esta definición las prácticas avanzadas de enfermería, se están realizando desde hace mucho tiempo en Panamá. Por más de 15 años trabajé en unidades de cuidados Intensivos y en áreas de especialidades como: cuidados críticos, cuartos de urgencias, y pediatría entre otras, las enfermeras tienen mayores responsabilidades, funciones más complejas y muchas veces, la vida del paciente depende de su habilidad y destreza para identificar y tratar situaciones de imprevistas y de urgencia. Pero esta no es la visión que tenemos de este nuevo rol que representa la Práctica Avanzada de Enfermería. Las prácticas que realizan la enfermeras de práctica avanzada en países como los Estados Unidos y Canadá, se ajustan más a la definición del Consejo Internacional de Enfermería (ICN) quienes en el año 2002 la define como: “Una enfermera especialista que ha adquirido la base de conocimiento de experto, la capacidad de adopción de decisiones complejas y las competencias clínicas necesarias para el ejercicio profesional ampliado, cuyas características vienen dadas por el contexto o el país en el que la enfermera está acreditada para ejercer”. Por otra parte, Ramírez (2002) sostiene que la práctica avanzada “se caracteriza por ofrecer un nivel avanzado de práctica enfermera, que maximiza la utilización de competencias especializadas y de conocimiento de enfermería a fin de responder a las necesidades de los clientes en el dominio de la salud”. Se trata de aprovechar al máximo los conocimientos, competencias y las valiosas experiencias que van obteniendo estas enfermeras de su preparación académica avanzada y experiencias en el área.

La presidenta de ALADEFE, Laura Morán (2015) considera que “una de las estrategias que ha demostrado su contribución para incrementar el acceso y cobertura universal en salud, es la formación de recursos humanos de enfermería que ejerzan la Práctica Avanzada en Enfermería (PAE), así como el desarrollo de mecanismos que la regule”. Esto beneficiaría grandemente a los clientes que viven en áreas apartadas, por ejemplo, en las comarcas indígenas donde no existe personal médico disponible.

Sin embargo en Panamá, aún no se desarrollan estas prácticas, que representarían un nuevo rol en el quehacer de enfermería y que fortalecerían según Marta Simonetti de Groote (2013) “el trabajo científico, la autonomía e imagen de la enfermería” en Panamá.

ALGUNOS DE LOS AMBITOS DONDE SE DESARROLLA LA ENFERMERÍA DE PRÁCTICA AVANZADA.

Las primeras experiencias de práctica avanzada en enfermería surgen en los Estados Unidos en la década de los 60, específicamente en la Atención Primaria y Pediatría. Por otro lado, a partir de 1990, las enfermeras con un nivel avanzado ejercen en las áreas de cuidado crítico. Pero no fue hasta el año 1985 según Sánchez Rubio (2015) que “más de 5000 enfermeros accedieran a la certificación nacional ACNP (Acute Care Nurse Practitioner), acreditándoles para el cuidado del paciente agudo y críticamente enfermo”.

Hoy día sabemos que los ámbitos de la práctica avanzada de enfermería se han ampliado grandemente, además de los ya mencionados en Atención Primaria, Pediatría y Cuidados Críticos, también se destacan: Cuidados Agudos en Neonatología, Atención del Paciente Crónico, Atención del paciente con enfermedades oncológicas, Enfermera en atención del paciente diabético, Enfermera clínica consultante y Enfermera comunitaria en Salud Mental entre muchas otras. Todas estas prácticas avanzadas de Enfermería tienen muy bien definidas sus funciones y actividades.

En el siguiente cuadro presentamos un ejemplo de las funciones y actividades según los roles tradicionales que desempeña las enfermeras de práctica avanzada:

ROL DE ENFERMERÍA	ACTIVIDADES Y FUNCIONES
GESTIÓN Y ATENCIÓN AL PACIENTE	<ul style="list-style-type: none"> • Pase de visita. • Valoración y exploración física. • Diagnóstico y tratamiento. • Inicio de órdenes bajo protocolos. • Petición e interpretación de pruebas de laboratorio. • Inserción de catéter central y arterial. • Inserción de tubo pleural. • Evaluación del estado nutricional.

	<ul style="list-style-type: none"> • Colaboración con el equipo multidisciplinario. • Ayuda en intervenciones quirúrgicas.
EDUCACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Formación del personal, paciente y familias. • Implantación de guías de prácticas clínicas (ejemplo inserción de catéter, control de infecciones profilaxis de úlcera de estrés, prevención de neumonías asociadas a la ventilación mecánica).
INVESTIGACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Recolección de datos. • Participación en el estudio.
CALIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Promover la utilización de los bundle (El paquete de software incluye varias aplicaciones útiles) para la prevención de las neumonías a VM, bundle diagnóstico precoz de sepsis.
COMUNICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Promover y mejorar la comunicación entre el equipo y con el pacientes y familiares.
PLANIFICACION DEL ALTA	<ul style="list-style-type: none"> • Educación al paciente y familia en relación al plan de cuidados. • Asegurar la continuidad de cuidados.

Fuente: María Pilar Sánchez Rubio 2015 “Enfermería y practica avanzada en el entorno del paciente con necesidad de cuidados crítico”.

Se busca desarrollar 5 competencias:

1. Práctica de enfermería basada en la mejor evidencia científica disponible, que garantice la calidad de los cuidados y la seguridad de la atención de los pacientes
2. Conocimiento profundo y experticia técnica, propios del área clínica de la mención.
3. Habilidades de comunicación y liderazgo que optimicen el trabajo de la enfermera dentro del equipo de salud.
4. Habilidades de gestión que fomenten la mejor organización de los servicios clínicos para brindar una óptima atención del paciente y su familia, y para mantener al equipo de enfermeras cohesionado y satisfecho en su trabajo.
5. Habilidad para desarrollar proyectos que amplíen el conocimiento en enfermería y para comunicar sus resultados a través de publicaciones científicas.

Igualmente, a nivel de sur América, la Dra. Lilian Ferrer (2014) destaca las principales competencias que deben desarrollar los profesionales que egresan de la maestría de Práctica Avanzada de Enfermería con Mención Cuidados del paciente adulto con patología aguda, de la Universidad de Los Andes en Chile:

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS ENFERMERAS DE PRACTICAS AVANZADAS

Para obtener el permiso de ejercer esta nueva modalidad en la práctica de enfermería, las enfermeras de práctica avanzada deben tener título a nivel de maestría o doctorado de universidades acreditadas. Posteriormente deben obtener una certificación pasando un examen Nacional. En los estados Unidos existen grupos de profesionales que ofrecen estas certificaciones como por ejemplos: Academia Americana de Enfermeras de Prácticas Avanzadas y la Junta de Certificación de Enfermería Pediátrica.

Actualmente en los Estados Unidos hay más de 300.000 enfermeras de prácticas avanzadas y muchos estados han prescrito normativas para estos profesionales. En un artículo titulado “Práctica Avanzada en la Escuela de Enfermería y Estudios de la Salud de la Universidad de Miami, sus autores Nilda P. Peragallo, Johis Ortega (2011) detallan muy bien el perfil para el ingreso de profesionales de enfermería en las maestrías de práctica avanzada:

- Profesionales de Enfermería que han completado su educación de posgrado (no especifican maestría o doctorado).
- Que han adquirido conocimientos y destrezas avanzadas.
- Han pasado un examen nacional de certificación.
- Continúan desarrollando su competencia como enfermeros de práctica avanzada.
- Son profesionales licenciados y capacitados para ejercer una práctica independiente o en colaboración con médicos, de acuerdo a estándares establecidos y reconocidos por un cuerpo de licenciatura.
- Que respondan a sus pacientes y a su profesión y son responsables de la calidad de los cuidados que administran.
- Que sean responsables de reconocer cuáles son los límites de su conocimiento y experiencia, del manejo de situaciones cuyo alcance va más allá de sus habilidades.
- Capaz de referir pacientes a otros proveedores de cuidados de la salud según sea apropiado.
- Se exige que cumplan con las reglas del Acta Estatal de la práctica de la Enfermería.

Este perfil de ingreso a las maestrías y el establecimiento de competencias que deben desarrollar los egresados, aseguran que las enfermeras en práctica Avanzada ofrezcan un servicio basado en conocimientos científicos, responsabilidad, competencias y eficiencia. En relación con este tema Goodman (2013) destaca que “es un hallazgo consistente en la literatura que las funciones de la EPA son seguras y tan efectivas como los médicos cuando

se han analizado en estudios aleatorizados, además de lograr un elevado nivel de satisfacción por parte del paciente, en comparación con la percibida con respecto a la atención médica”.

Inicio de una nueva visión de la práctica avanzada de enfermería

En algunos países se ofrecían a nivel hospitalario, estos programas de entrenamiento que preparaban a las enfermeras generalistas en determinadas áreas de especialización. Peragallo, Nilda P., Ortega, Johis (2011) destaca que “Al finalizar estos cursos, pueden presentarse al examen de certificación que ofrece cada una de las asociaciones dedicadas a estas prácticas. Una vez superado el examen, el enfermero puede practicar dentro de su área de especialización, pero no se le permite ejercer de forma independiente”.

Somos de la creencia que deben ser las Universidades específicamente las Facultades de Enfermería las que retomen esta responsabilidad de formar integralmente a estos profesionales de Enfermería. Existen programas de maestría de este tema con menciones específicas, por ejemplo: En la Universidad de Miami se ofrece el programa de maestría en Enfermería de Práctica Avanzada, igualmente la Universidad de Los Andes en Chile se ofrece la Maestría en Practicas Avanzadas de Enfermería mención en cuidados del paciente adulto con patología Aguda. En la Universidad de Turabo (Puerto Rico) se ofrecen las Maestrías en [Ciencias en Enfermería Especialidad en Práctica Avanzada de Familia y la Maestría en Ciencias en Enfermería Especialidad en Practica Avanzada del Adulto en Salud Ocupacional y Ambiental](#). [En España la Universidad de Navarra ofrece la maestría en práctica avanzadas y Gestión en Enfermería y la Universidad Europea Miguel de Cervantes ofrece](#) Máster de práctica avanzada en la atención al paciente crónico. Estos son algunos ejemplos que hacen referencia a algunos énfasis de las maestrías en Prácticas Avanzadas.

En Panamá existe actualmente un movimiento en esa dirección de enfermería, para iniciar estas prácticas avanzadas de enfermería a nivel de salud pública (centros de salud y policlínicas). Otras de las posibles menciones para una de estas maestrías en Práctica avanzada en Panamá serían “La atención del Paciente con Enfermedades Crónicas”. Esta se justificaría plenamente, por aumento preocupante de estas enfermedades según los resultados obtenidos en los Censos de salud realizados en los últimos años. Como destaca la autora Inmaculada Sánchez-Martin (2014). “La cronicidad supone una amenaza por los costos que genera, es también una oportunidad para la Enfermería estar allí donde se precisa de cuidados avanzados, realizados por profesionales con competencias clínicas avanzadas y reconocidas, para llevar a cabo la gestión de casos y el seguimiento y control de pacientes crónicos complejo”

A nivel de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Panamá, ya se creó una comisión para el desarrollo de una maestría en enfermería de práctica avanzada. Consideramos que un buen campo de acción podría ser en la Atención del Paciente adulto con Enfermedades Crónicas.

Sin embargo, existen muchos obstáculos que debemos considerar, que han representados barreras para las aperturas de estos programas de maestría en otros países. Los autores Delomaire y Lafortuna (2010) citada por Goodman y colaboradores (2013), destacan

un cuadro donde mencionan las “Barreras y facilitadores más relevantes en el desarrollo de las funciones en las Prácticas avanzadas de Enfermería”:

Barreras y facilitadores del desarrollo de las funciones de EPA

- Interés profesional de facultativos y enfermeras y su capacidad de influencia de reforma.
- Organización de los cuidados y mecanismos de fundación.
- Legislación y regularización de las actividades profesionales.
- Capacidad de formación y sistema de entrenamiento para adquisición de habilidades.

Fuente: Delamaire and Lafortune. (2010)

Falta mucho camino que andar, pero ya se están dando los primeros pasos. De ahora en adelante se necesita más que nunca fortalecer esa unión entre el gremio y la academia para lograr la meta. Según Celine Goulet (2003) “El desarrollo de un fuerte liderazgo, la adquisición de poder colectivo, la búsqueda de la cohesión dentro de la profesión y un profundo compromiso con el avance de la disciplina son obligaciones para las enfermeras comprometidas con la enfermería de práctica avanzada”.

BIBLIOGRAFÍA

- Consejo Internacional de Enfermería (CIE)(2002). Definición y características de las funciones de la enfermera de atención directa/enfermería de practica avanzada. <http://icn-apnetwork.org/>
- Ferrer, Lilian (2014) Enfermera de práctica avanzada en Chile. https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2014/webinar_enf_may/lferrer_chi.pdf
- Goodmam, Claire y colaboradoras. (2013) La contribución de la enfermera de práctica avanzada como respuesta a las necesidades cambiantes de salud de la población. Revista Metas de Enfermería. <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80515/la-contribucion-de-la-enfermera-de-practica-avanzada-como-respuesta-a-las-necesidades-cambiantes-de-salud-de-la-poblacion/>
- Goulet, Celine y colaboradoras (2003) Enfermería de práctica avanzada: un tesoro oculto. Enfermeria Clinica (España) Vol. 13, No. 01, Ene.-Feb. 2003, p. 48-5 <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-enfermeria-practica-avanzada-un-tesoro-S1130862103737814>
- Moran Peña, Laura (2015) La práctica avanzada de enfermería, tendencia mundial

- y regional para apoyar el acceso y la cobertura universal en salud. Revista ALADEFE JULIO 2015 N° 3 Volumen 5
<https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/167/la-practica-avanzada-de-enfermeria-tendencia-mundial-y-regional-para-apoyar-el-acceso-y-la-cobertura-universal-en-salud/>
- Peragallo, Nilda P., Ortega, Johis (2011) Enfermería de Práctica Avanzada en la Escuela de Enfermería y Estudios de la Salud de la Universidad de Miami. Revista Ridec Enero-julio 2011 N° 2 Volumen 4
<https://www.enfermeria21.com/revistas/ridec/articulo/27042/>
- Ramirez García, Pilar y colaboradores (2002) Enfermería de práctica avanzada: Historia y definición. Revista Enfermería clínica Vol. 12. Núm. 6. Enero 2002 Páginas 253-310
<http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-enfermeria-practica-avanzada-historia-definicion-S1130862102737674>
- Sánchez-Martin, Inmaculada (2014) Cronicidad y complejidad: nuevos roles en enfermería. Enfermera de práctica Avanzada y paciente crónico. Revista Clínica de Enfermería Vol. 24. Núm. 1. Enero - Febrero 2014 Páginas 1-98
<http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-cronicidad-complejidad-nuevos-roles-enfermeria--S1130862113001964>
- Sánchez Rubio, María Pilar (2015). Enfermería y práctica avanzada en el entorno del paciente con necesidad de cuidados críticos. Universidad de Cantabria
<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8564/SanchezRubioM.pdf?sequence=4>
- Simonetti, de Groote, Marta. (2013) Práctica avanzada de enfermería.
<http://www.3msalud.cl/enfermeria/la-opinion-de-los-expertos/practica-avanzada-en-enfermeria/>

EL MÉTODO ETNOENFERMERÍA: UNA EXPERIENCIA TRANSCULTURAL

Dra. Griselda González

Docente – investigadora,

Universidad Especializada de las Américas (UDELAS)

griseldaisabelg@gmail.com

griselda.gonzalez@udelas.ac.pa

Resumen

La Teoría de la Diversidad y la Universalidad, propuesto por la Dra. Madeleine Leininger, es considerado uno de los modelos más importante, en estos momentos en que la migración de las personas se acentúa.

En él, convergen dos disciplinas, enfermería y la antropología, que permite a los investigadores estudiar la multiculturalidad.

El propósito del artículo es dar a conocer una experiencia cultural aplicando el método etnoenfermería, con la finalidad de Identificar elementos culturales relacionados con la salud, para ser considerados en el estudio de la cultura.

El artículo emerge de la experiencia adquirida al aplicar el método en el estudio, Significado del cuidado cultural de la salud y una vida libre de droga en adolescentes Guna, que permitió optar por el título de doctora en Enfermería con énfasis en salud internacional, en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Panamá.

Nos complace escribir sobre esta práctica enriquecedora para enfermera y sobre todo para determinar los cuidados culturales en las áreas de la salud pública, que permitió describir los patrones culturales del pueblo Guna con relación a la salud y una vida libre de droga.

Palabras claves: método etnoenfermería, experiencia transcultural

Abstract

The Theory of Diversity and Universality, proposed by Dr. Madeleine Leininger, is considered one of the most important models at a time when the migration of people is accentuated.

In theory, two disciplines converge, nursing and anthropology, which allows researchers to enter the formal study of multiculturalism.

The purpose of this article is to show a cultural experience when applying the ethnonursing method in order to identify the health-related cultural elements considered in the study of culture.

The article emerged from the experience gained from applying the ethnonursing method in the study, "Meaning of Cultural Health Care and a Drug-Free Life in Guna Adolescents," which allowed me to opt for the Doctor of Nursing degree with an emphasis on international health, taught at the University of Panama, Faculty of Nursing.

We are pleased to write about this enriching practice for nurses and especially to determine cultural care in public health areas, which allows us to describe the cultural patterns of the Guna people as it relates to health and a drug-free life.

Keywords: ethnonursing method, transcultural experience

RESUMO:

A Teoria da Diversidade e Universalidade, proposta pela Dra. Madeleine Leininger, é considerada um dos modelos mais importantes, nestes momentos em que a migração de pessoas se acentua.

Nele, convergem duas disciplinas, enfermagem e antropologia, o que permite aos pesquisadores estudar o multiculturalismo.

O objetivo do artigo é apresentar uma experiência cultural por meio da aplicação do método etno-enfermagem, a fim de identificar elementos culturais relacionados à saúde a serem considerados no estudo da cultura.

O artigo surge da experiência adquirida na aplicação do método no estudo Significado do cuidado cultural à saúde e uma vida sem drogas em adolescentes Guna, que possibilitou a opção pelo título de Doutor em Enfermagem com ênfase em Saúde Internacional, no Faculdade de Enfermagem da Universidade do Panamá.

Temos o prazer de escrever sobre essa prática enriquecedora para os enfermeiros e, principalmente, de determinar o cuidado cultural nas áreas da saúde pública, o que nos permitiu descrever os padrões culturais do povo Guna em relação à saúde e a uma vida sem drogas.

Introducción

La aplicación del método etnoenfermería, requiere conocer la teoría y el desarrollo de una serie de competencias culturales que se adquieren al tomar en cuenta la experiencia de investigadores y de un tutor que lleve de la mano a través del desarrollo del estudio.

La etnoenfermería, como método de investigación, planteado por la Dra. Madeleine Leininger (1995, 2006), permite describir, analizar e interpretar los cuidados necesarios ante un problema que requiere atención, en este caso, conocer el significado del cuidado cultural ante la su salud y una vida libre de drogas y explicar los patrones culturales involucrados en la temática de estudio.

El propósito de este artículo es dar a conocer una experiencia cultural al aplicar el método etnoenfermería, con la finalidad introducir los aspectos involucrados para su aplicación en el estudio del cuidado de las culturas.

La Teoría de la Universalidad y Diversidad del Cuidado Cultural fue concebido en la década de los 60, por la Dra. Madeleine Leininger(1991), quien nació en Sutton, Nebraska y realizó sus estudios de enfermería en St. Antony's School of Nursing, motivada por una serie de hechos en la atención de personas procedentes de otras partes del mundo, consideró a la cultura y el bienestar de los pacientes, como factores esenciales para mejorar los cuidados brindados por los profesionales de enfermería; esta situación la motivó a realizar estudios especializados en antropología y obtuvo el doctorado en la Universidad Washington en Seattle.

Las bases filosóficas del método de la Teoría de Leininger (1991,1995) proceden de la etnografía, parte de la Antropología; método para el estudio de las tradiciones y costumbre de un grupo de personas, etimológicamente se compone de Ethos que significa cultura, pueblo y grafía descripción (Phillips Kottak, 2011), y tiene sus orígenes con Bronislaw Malinowski (1973) quien estableció los elementos básicos del método incluyendo las notas de campo, el convivio natural como forma de aprender de los demás, el lenguaje como la clave para entrar en la mente de las personas a estudiar, considera que la cultura es un todo funcional. De la unión de la Antropología y de la Enfermería, nace entonces la etnoenfermería, sus cimientos están en la búsqueda de conocer los modos de practicas y cuidados culturales de las personas o grupos de personas de diferentes culturas y subculturas que permitan guiar el tipo de atención a brindar por los profesionales, que así utilicen este método.

Los fundamentos ideológicas de la etnoenfermería se encuentran en el humanismo, ya que se centra en el ser humano como referente principal del cuidado en diversos contextos culturales, y el naturalismo que hace énfasis en el ambiente, leyes naturales, los sentidos, la observación, al descubrimiento abierto de forma inductiva que extraer el emic de los informantes, utilizando diversas facilitadores y técnica para tal fin, (Leininger 1991; 1995).

Al aplicar la etnoenfermería planteada en la teoría de Leininger se pretende indagar elementos que nos permitan conocer los significados del cuidado cultural, creencias, valores y modos de vida en relación a la salud y a una vida libre de drogas en los jóvenes gunas, para ello es esencial utilizar los facilitadores que permiten extraer los datos emicos de los participantes claves del estudio, y luego aplicar las fases de análisis que facilitan extraer los patrones que guían hacia las decisiones enfermeros.

El primer estudio que avaló la Teoría de la Universalidad y la Diversidad de los cuidados culturales fue realizado en la tribu de los Gadsup en nueva Guinea que permitió sentar las bases y el método de investigación de etnoenfermería; posteriormente se ha desarrollado una infinidad de estudios alrededor del mundo (Leininger, 1988, 1991, 2001), en centro y sur América. En nuestro país se ha conocido la teoría a través del programa del Doctorado de Enfermería con énfasis en Salud Internacional, coordinado por la Dra. Lydia Gordon de Isaacs quien hizo enlaces con organizaciones y asociaciones transculturales; una de ellas es la “Transcultural Nursing Society” fundada por la Dra. Madeleine Leininger y sus seguidoras, la Dra. Edith Morris, quien fue invitada a Panamá en el año 2012, para participar como profesora internacional en el programa del Doctorado.

Una experiencia transcultural

La experiencia transcultural se realizó en el archipiélago de San Blas, en una isla conocida como Tigre, ubicada a dos horas del Puerto Cartí en lancha, habitada por gunas que viven en casa tipo choza, existe una escuela primaria y un anexo que da clases hasta el noveno grado. Antes de entrar se requirió los permisos del cacique de Tigre y de Congreso Cultural y General Guna, del Ministerio de Salud de la Región de Salud de San Blas y de la Dirección Institucional Bilingüe del Ministerio de Salud.

Una vez se que se obtuvieron los permisos pertinentes el secretario del congreso de Río Tigre, fue el guardián, quien nos presento a las maestros, Nele, cuidadores y dirigentes comunitarios destacados, realmente nos guio a conocer y darnos detalles sobre su cultura.

Antes de iniciar el estudio es esencial conocer el método etnoenfermería y tener elaborado un protocolo de investigación, conformado por las principales premisas que señala la Teoría de la Diversidad y la Universalidad de los cuidados culturales de Leininger (1991), que guíen el trabajo investigativo, tras la búsqueda de soluciones al fenómeno a estudiar y que se relacione con una visión verdadera del mundo cultural.

En la primera fase se utilizó el facilitador de extraño a un amigo confiable, que al utilizarlo nos guía y asegura si hemos logrado el acondicionamiento del ambiente natural para conocer la cultura y lograr un emic más abierto por parte de los participantes para ello es importante despojarnos de prejuicios personales y profesionales, ya que se requiere entrar a un mundo desconocido, por lo tanto, demanda interés genuino, un poco de voluntad de arriesgarse a la incertidumbre y sentirse cómodos con los extraños de manera que los informantes manifiesten sus ideas y experiencias de forma natural, de tal manera que podamos conocer su visión de mundo y llegar a ser un amigo confiable.

Al inicio los habitantes de la isla Río Tigre nos miraban con extrañeza y me hacían sentir lejos a sus costumbres y hábitos, definitivamente esta fase la considero un reto por lo que se participó con ellos para descubrir sus creencias, valores y prácticas culturales, pasadas y presentes de tal forma que me permitieran conocer su dimensión de cuidado hacia la salud y una vida libre de droga. Por lo tanto, realice ciertas actividades como: incorporarme a la atención diaria a la comunidad de niños, adultos y embarazadas dando un poco de cuidados y educación a la comunidad. Además, en esta fase se realizaron observaciones y se participó en acciones realizadas con los adolescentes durante su diario quehacer en la escuela y comunidad, como juegos de volibol, venta de comida, actividades recreativas, conversatorios, que fueron grabadas por audio y video previa autorización, estas acciones permitieron conocer las expresiones y modos de vida de los participantes dentro de su

contexto ambiental. Estas formas genuinas, desinteresadas, abiertas de escuchar y ayudar a las personas son algunos de los criterios para pasar de extraño a ser un amigo confiable.

Para Leininger (1991) el respeto al hombre, su cultura, es la forma para lograr la confianza y llegar a la gente, en el desarrollo de esta experiencia fue importante un trato respetuoso en todo momento al Cacique, Nele, adolescentes, maestros y comunidad en general, es decir llevar de la mano los aspectos éticos en el desarrollo de la investigación, al considerar la dignidad de las personas como el elementos del trato moral a cada miembro de la comunidad, dando a conocer siempre el objetivo de lo que se quiere llevar en el estudio.

Además de convivir con la gente, se compartió con los habitante de la isla Tigre, ideas sobre la salud y una vida libre de droga, dentro del contexto en que viven, siendo el facilitador Observación -Participación- Reflexión (OPR) el que permitió hacer reflexiones sobre las entrevistas y observaciones realizadas dentro de la dimensión cultural en que viven los adolescentes gunas, las que fueron transcritas en las notas de campo, para no ser olvidadas al momento de hacer reflexiones profundas sobre los datos recolectados.

Para la comprensión e interpretación de los datos encontrados en las entrevistas realizadas, no olvidamos la etnohistoria, información recolectada con ayuda del guardián, quien nos guió a las personas mayores líderes y maestros proporcionando una serie de hechos impresionantes sobre las luchas para lograr su reconocimiento como comarca, así como experiencias culturales, modos de practicas del grupo cultural como la elaboración de comidas tradicionales, significado de cada una de las prendas de vestir y actuar de los padres, abuelos y hermanos ante los mas jóvenes de la isla.

Los elementos trabajados fueron de importancia para lograr obtener los datos, hacer el análisis preliminar de cada entrevista, que posteriormente fueron trabajados para llegar a los resultados finales de la investigación.

Consideraciones finales

La Teoría de la Diversidad y de la Universalidad inicia la construcción de un nuevo paradigma del cuidado humano con congruencia cultural que es acompañada por el método etnoenfermería que permite llegar a las dimensiones desconocidas en enfermería a través de la investigación, en particular desde el punto de vista de las personas y de sus modos culturales de vida (Leininger, 1991). Además, dentro del campo filosófico de enfermería, esta experiencia, al utilizar el método etnoenfermería formulado por la teoría de Leininger (1995, 2006), retoma el concepto de cuidado congruente; las acciones y actividades se dirigen a preservar, negociar, reestructurar y reorientar el cuidado enfermero, que van de acuerdo a las necesidades evidentes para mejorar la condición humana o estilo de vida del grupo cultural (Leininger, 2006).

El estudio de la transculturalidad se ha convertido en una de las áreas más importantes dentro de área de la Enfermería, siendo prometedor su uso, sobre todo en estudios formales para tratar problemas del mundo de la multiculturalidad en que vivimos, enfrentado muchas de las adversidades y peligros en que viven las personas dentro de su contexto cultural.

La experiencia fue enriquecedora al emplear un método muy utilizado en otras partes del mundo en especial en los Estados Unidos, siendo la primera vez que se revisa y utiliza sus bases filosóficas en nuestro país, sobre todo el de establecer una relación transcultural con los miembros de la comunidad Guna en búsqueda de patrones culturales relacionados

con la salud y una vida libre de droga, sin embargo la aplicación del método involucra conocer el método y tiempo, por lo que se requiere de un tutor y planificar el día a día para cumplir con todas las fases y lograr extraer los patrones culturales y temas relacionados con el fenómeno de estudio.

Referencias Bibliográficas

Kottak, Phillip, C. (2011). *Antropología Cultural*. 14 va. Edición. México: MacGraw Hill. México: Interamericana Editores.

Leininger, M. (1991). *Culture care Diversity & Universality a Theory of Nursing*. National League for Nursing Press. New York, United States of America.

Leininger, M. (1995). *Trascultural Nursing, concepts, Theories, Research & Practice*. McGraw-Hill, Inc. College Custom Series. New York, United States of America.

Leininger, M.& Mc Farland, M. (2006). *Culture care Diversity & Universality a Theory a Worldwide Nursing Theory*. Segunda edición. United States of America.

Malinowski, B. (1973). *Los argonautas del pacifico occidental. Un estudio sobre Comercio y aventura entre indígenas de los archipiélagos de Nueva Guinea. Melanesia*. Barcelona. España: Editora Planeta-De Agostini.

SIGNIFICADO DE VIVIR CON LA CRONICIDAD DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA: TRANSFORMANDO LA VIDA COTIDIANA*

Fecha de Recepción: 7 de marzo 2017

Fecha de Aceptación: 31 de mayo 2017

Mgter. Luis Carlos Rodríguez-Chanis.

Maestro en Ciencias de Enfermería Cardiovascular.

Departamento de Enfermería, Ministerio de Salud de Panamá.

Docente, Departamento de Salud de Adulto,

Facultad de Enfermería, Universidad de Panamá. E-mail: lucaro29@hotmail.com

Dra. Yolanda González W.

Doctora en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia.

Profesora Titular, Departamento de Salud de Adultos,

Facultad de Enfermería, Universidad de Panamá.

Directora de Tesis. E-mail: yolamari22@yahoo.com

*Artículo generado de los resultados de la tesis al grado de Maestría titulado significado de la experiencia de vivir con la cronicidad de la insuficiencia cardíaca, tres años posteriores al diagnóstico.

Resumen

Objetivo: El desarrollo de este estudio buscaba comprender el significado de la experiencia vivida del paciente al tener que afrontar todos los cambios producto de la cronicidad de la insuficiencia cardíaca desde su propia perspectiva, tres años posteriores al diagnóstico inicial. **Metodología:** El estudio está enmarcado en el paradigma cualitativo, utilizando el diseño de la fenomenología hermenéutica-ontológica desde la perspectiva filosófica de Heidegger, incorporando el círculo hermenéutico de Gadamer para abordar el fenómeno de la experiencia de los participantes. La muestra estuvo compuesta por siete (7) participantes, determinados por saturación. Se efectuaron entrevistas semiestructuradas a profundidad donde narraron la experiencia de vivir con el fenómeno. Para el análisis de los datos se utilizó la técnica de análisis de contenido propuesta por Cáceres (2003) confrontando los hallazgos con el Modelo de Adaptación de Roy. **Resultados:** El análisis de los hallazgos permitió el desarrollo de cinco categorías que se convierten en el significado que le otorgar el vivir con la cronicidad de la enfermedad después de tres años. **Conclusión:** El marco conceptual de este estudio permitió la introducción de dos conceptos importantes en el contexto de la cronicidad cardiovascular estos son: El concepto “*reconstrucción de la vida cotidiana*”, la cual constituye una meta para la adaptación en la cronicidad cardiovascular y el concepto de *salud adaptativa integrada de la persona en situación de cronicidad*. El aporte de esta investigación a la práctica del cuidado es la reorientación del cuidado a un cuidado adaptativo del paciente con insuficiencia cardíaca, de tal forma que promueva la adaptación a través de la reconstrucción de la vida cotidiana

Palabras clave: experiencia de vida, cuidado de enfermería, investigación cualitativa, enfermería cardiovascular (Fuente: DeCS)

ABSTRACT

Objective: This study sought to understand the meaning of the patients' lived experience when facing all the changes resulting from the chronicity of heart failure from their perspective three years after the initial diagnosis.

Method: The study is framed in the qualitative paradigm. The design of hermeneutic-ontological phenomenology from Heidegger's philosophical perspective is used, along with Gadamer's hermeneutical circle to approach the participants' experience. The sample consisted of seven (7) participants, determined by saturation. In-depth semi-structured interviews were carried out where the participants narrated their experience of living with the phenomenon. For data analysis, the content analysis technique proposed by Cáceres (2003) was used. The findings were compared to Roy's Adaptation Model.

Results: The analysis of the findings allowed the development of five categories that encompasses the meaning of what living with the disease's chronicity represents after three years of its diagnosis.

Conclusion: The conceptual framework of this study allowed the introduction of two important concepts in the context of cardiovascular chronicity which are the concept of "reconstruction of daily life," which constitutes a goal for adapting to cardiovascular chronicity, and the concept of integrated adaptive health of the person in a situation of chronicity. The contribution of this research to the care practice is the reorientation of care to the adaptive care of the patient with heart failure to promote adaptation through the reconstruction of daily life.

Keywords: life experience, nursing care, qualitative research, cardiovascular nursing (Source: DeCS)

RESUMO

Objetivo: O desenvolvimento deste estudo buscou compreender o significado da experiência vivida pelo paciente, tendo que enfrentar todas as mudanças, um produto da cronicidade da insuficiência cardíaca a partir de sua própria perspectiva, três anos após o diagnóstico inicial.

Metodologia: O estudo é enquadrado no paradigma qualitativo, utilizando o desenho da fenomenologia hermenêutica-ontológica da perspectiva filosófica de Heidegger, incorporando o círculo hermenêutico de Gadamer para abordar o fenômeno da experiência dos participantes. A amostra consistiu em sete (7) participantes, determinados pela saturação. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas em profundidade onde narraram a experiência de conviver com o fenômeno. A técnica de análise de conteúdo proposta por Cáceres (2003) foi utilizada para a análise dos dados, confrontando os achados com o Modelo de Adaptação de Roy.

Resultados: A análise dos achados permitiu o desenvolvimento de cinco categorias que se tornam o significado que representa conviver com a cronicidade da doença após três anos.

Conclusão: O marco conceitual deste estudo permitiu a introdução de dois conceitos importantes no contexto da cronicidade cardiovascular: O conceito *reconstrução da vida*

cotidiana, que constitui um objetivo de adaptação na crônica cardiovascular e o conceito de *saúde adaptativa integrada da pessoa em situação de cronicidade*. A contribuição desta pesquisa para a prática do cuidado é a reorientação do cuidado geral a um cuidado adaptativo do paciente com insuficiência cardíaca, de forma que promova a adaptação através da reconstrução do cotidiano.

Palavras-chave: experiência de vida, cuidados de enfermagem, pesquisa qualitativa, enfermagem cardiovascular (Fonte: DeCS)

Introducción

En nuestro quehacer cotidiano como enfermeras y enfermeros, brindando cuidados de enfermería a pacientes con insuficiencia cardíaca, nos enfrentamos a la percepción de un sinnúmero de inquietudes, muchas de ellas, acarreadas tal vez por la cantidad de síntomas de la enfermedad, las cuales constituyen sus vivencias propias en diversas situaciones que nunca son iguales con respecto a su enfermedad.

Las personas con una enfermedad crónica, según los literatos, se encuentran permanentemente afectadas por el malestar, la pérdida de su independencia, la disfuncionalidad y el sentimiento que esta causa; situación que genera alteraciones en la autoestima del sujeto, pérdidas, desafíos y amenazas que van a afectar su estilo de vida. La percepción de estos sentimientos encontrados en sus vivencias (el escenario de la cronicidad), forma parte no solo del individuo, sino que involucra también a la familia y su ámbito social; tal como lo refiere Rivera (2008) asegurando que el enfrentarse a una enfermedad sea crónica o aguda, pero que genere muchos cambios, produce niveles de sobrecarga psicológica, que son aún más perjudiciales, que las manifestaciones físicas de la enfermedad.

El Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud (IHME), señala que en América Latina, las enfermedades cardiovasculares ocupan desde hace más de una década, el primer lugar como causa de muertes en la región manteniendo un porcentaje por encima del 20%. Para el 2016, el IHME reporta, que el 22,8% de las muertes en la región de América Latina se deben a las enfermedades del sistema circulatorio, como primera causa de muerte en general, entre las enfermedades no transmisibles, como la diabetes con un 15,5% y las neoplasias con un 15,15%, que ocupan el segundo y tercer lugar respectivamente.

En Panamá el escenario de las enfermedades cardiovasculares, englobadas en el término enfermedades del aparato circulatorio, comparten similitud con el posicionamiento en el resto del mundo; datos estadísticos del Instituto Nacional de Estadística y Censo de Panamá (INEC), muestran que se mantiene para el 2015, como la primera causa de muerte con una tasa de 130.2 por cada 100.00 habitantes y que este posicionamiento se ha mantenido por los últimos 15 años (INEC, 2015), cabe mencionar que en el caso de la insuficiencia cardíaca pueda que exista un sesgo de registro, porque son las complicaciones de la enfermedad que lo llevan al desenlace de la muerte, por ende no se registra como causa de muerte primaria a la insuficiencia cardíaca, sino a la complicación inmediata, como es el caso del paro cardiorrespiratorio.

Se estima que en el mundo cerca de 20 millones de personas padecen de insuficiencia cardíaca, pero realmente no se cuentan con datos estadísticos que sean veraces. En Estados

Unidos y Europa, que cuentan con las mejores redes de información en salud, se estipula, que es la causa más frecuente de muerte por enfermedades cardiovasculares, con una prevalencia de cuatro a cinco millones de pacientes al año en Estados Unidos y la tercera causa de muerte por enfermedad cardiovascular en España, y la primera causa de hospitalizaciones de mayores de 65 años en ambos (Pereira-Rodríguez, Rincón-González y Niño-Serrato, 2016).

Es importante señalar que en Panamá no existen estadísticas que cuantifiquen los casos de personas diagnosticadas con insuficiencia cardíaca en el país, pero, se cree que oscila entre el 2 al 4% lo que representa cerca de 80 mil personas que pueden estar padeciendo de esta enfermedad (Rojas, 2018). Los casos solo se están estimando, pero las repercusiones de las enfermedades cardiovasculares son tangibles y están afectando a nuestra población generando gastos abrumadores para los sistemas de salud del país.

Debemos recordar que la enfermedad cardíaca tiene múltiples impactos en la vida de las personas, en la sociedad y en los sistemas de salud, siendo estos los ejes principales sobre los cuales se debe mirar este aspecto. Si bien es cierto que el abordaje de la enfermedad crónica ha sido una continua preocupación de profesionales y tomadores de decisiones en salud, nunca había sido tan contundente la necesidad de releer en contexto la problemática de la cronicidad, desde las perspectivas del propio individuo, que permitan, modificar profundamente la cotidianidad de las personas y la familia.

Las vivencias de la cronicidad, está dada por elementos subjetivos, los aprendizajes de experiencias previas propias y de familiares o vecinos, aspectos poco informados y explorados en estudios. Comportamientos como el estrés, depresión y ansiedad, marca el inicio de la reestructuración de la vida cotidiana “muchas veces las personas lo entienden como un castigo, una maldición y genera profundos sentimientos de incertidumbre, incluso la persona puede presentar reacciones de agresión, de rechazo activo, de huida o de negación” (Mesa, Carrillo y Moreno, 2013, p.101).

De esta manera la visión del enfermo crónico cambia siendo que “el foco de atención ha pasado desde la enfermedad crónica al paciente en situación de cronicidad” (Jiménez, 2010, p. 68), este cambio de pensamiento es de tal importancia en los diferentes servicios de salud, porque las cargas de estas enfermedades no son en sí por la enfermedad, sino por la cronicidad en que se ve envuelto el sujeto, porque cuando se le diagnostica enfermedad crónica esto “implica la interrupción o modificación de las actividades rutinarias anteriores, cambios en la percepción de sí mismo, la readaptación al entorno social, la redefinición del papel que representan los individuos en la sociedad y la protección de la propia identidad” (Gómez-Picard y Fuster-Culebras, 2014, p. 13).

Cuando se aborda la dimensión de la experiencia vivida, el profesional de enfermería que brinda cuidados al individuo en situación de cronicidad, enfrenta un gran desafío, ya que el significado del cuidado va a ser dinámico, respondiendo a los esquemas específicos de cada paciente, dependiendo de su contexto situacional social, político y clínico. Se considera el aspecto económico y político, ya que estos son responsables del contexto de la estructura

sanitaria que deberá responder a muchas necesidades de los cuidados del individuo en cronicidad; motivo importante el abordaje de esta experiencia vivida.

Por tal razón se diseñó un estudio con el objetivo de interpretar y comprender el significado de la experiencia para la persona de vivir con la cronicidad de la insuficiencia cardíaca tres años posteriores al diagnóstico inicial, desde la perspectiva del paciente. El estudio de las experiencias vividas por estas personas brindará un enfoque dinámico y real del cuidado, revelándonos los cambios en la conceptualización del cuidado, pudiendo involucrar un cuidado holístico con la participación del individuo, familia y sociedad, influenciada por la estructura sociosanitario, la cual representa su relevancia social.

Metodología

Para realizar la temática de este estudio se decidió el abordaje del fenómeno desde el paradigma interpretativo o constructivista por medio del método cualitativo (Escalante y Páramo, 2011).

Es importante dejar en claro, que es necesario que el investigador comprenda el marco en el cual se encuentra el método de la investigación cualitativa para poder, como mínimo, explicarse a sí mismo las razones que lo llevaron a seleccionar este método y así también, de la misma manera, probar el rigor y valor académico y científico de dicha investigación (Albert, 2007).

Tomando en cuenta los objetivos, el propósito y los supuestos teóricos planteados por el investigador para el estudio, se procedió a una lectura y análisis de los distintos enfoques y filosofías para poder determinar cuál era el más apropiado para lograr alcanzar y aclarar ese proceso de comprender e interpretar el significado de la experiencia del fenómeno de estudio. Esta exhaustiva búsqueda y análisis de las diversas fundamentaciones filosóficas sustentó la escogencia del estudio con un diseño emergente utilizando la perspectiva metodológica de la fenomenología *ontológica-hermenéutica de Heidegger (1927) integrando el abordaje interpretativo del círculo hermenéutico de Gadamer (1967) y la técnica de análisis de contenido de Cáceres (2003) para el análisis de los datos e interpretación de los hallazgos.*

Para la realización de este estudio se utilizó el diseño propositivo para un muestreo teórico con el criterio de saturación que dio por culminada la recolección de datos (Morse, 1995; Albert, 2007; Teddlie Ch, 2007; Arias y Giraldo, 2011; Martínez-Salgado, 2012). La fenomenología indica que cualquier persona que haya experimentado el fenómeno se le considera representativo de dicha experiencia, por lo tanto, se les realizó la entrevista a profundidad, la cual se efectuó entre los meses de abril a junio del 2017.

Para garantizar y escoger los participantes que brindaran información valiosa del fenómeno a estudiar, y de acuerdo a los objetivos del estudio, se establecieron criterios para la elección de la muestra teórica, ya que el éxito de la investigación cualitativa está en la selección cuidadosa de la muestra y que entre más estricta y restrictiva sea la delimitación de la muestra, el dominio estará delimitado y se logrará la saturación más rápido; situación que no se puede lograr sino se tiene los parámetros y que la búsqueda no sea más extensa y

complicada; porque se busca, en lo general, con el riesgo de que la información no tenga nada que ver con nuestro estudio, decisión que es apoyada por Morse (1995) y Morse (2003), en cuanto al muestreo cualitativo.

Los datos se recogieron hasta que se dio el criterio de saturación; siendo éste el punto en el cual el investigador, a través de la entrevista u observación, ha escuchado una diversidad de ideas y no emergen en nuevos elementos; por lo tanto, se detiene en este punto la recolección de la muestra. (Martinez-Salgado, 2012; Morse, 1995; Teddlie, 2007)

Al final de la recolección de la muestra, se logró el proceso de saturación con 7 participantes, los cuales, cumpliendo con todos los criterios de inclusión, y a través de la entrevista no estructurada, narraron su historia relacionada con el vivir la cronicidad de la enfermedad; logrando obtener los informantes necesarios para el estudio. Los participantes estaban cautivos dentro de la sala de geriatría tanto de hombre como de mujeres, del Hospital Irma de Lourdes Tzanetatos, nosocomio de segundo nivel de atención, con gran afluencia de pacientes diagnosticados con insuficiencia cardíaca.

Técnicas e instrumentos para la recolección de la muestra. Se realizaron entrevistas en profundidad, semiestructuradas, flexibles y dinámica referente al fenómeno de interés. Una vez se cumplía con la firma del consentimiento, luego cuando se consideraba prudente, se iniciaba la grabación de la entrevista, iniciando con la siguiente pregunta ¿Hace cuántos años le diagnosticaron insuficiencia cardíaca?; luego se le realizó una pregunta central relacionando específicamente con el objetivo de la investigación ¿Cómo ha sido vivir con su enfermedad desde el momento que se la diagnosticaron hasta el día de hoy? ¿Me lo podría contar? Después, a medida que avanzaba la entrevista, se hacían preguntas complementarias enfocadas en aspectos relevantes para la investigación, centrada en la experiencia de vivir con la cronicidad de la insuficiencia cardíaca. Las entrevistas tuvieron una duración máxima de 20 minutos, tomando en cuenta la condición del paciente; también, se realizó revisión del expediente clínico para constatar los criterios de inclusión y se llevaron notas de campos.

Análisis de los datos. Para el procesamiento y análisis de los datos cualitativos recolectados, se utilizó la técnica de análisis de contenido de Cáceres (2003), utilizando los pasos propuestos por el autor. Es importante recordar que en las investigaciones cualitativas se entiende por análisis cualitativo de datos aquel que opera sobre textos; entendiendo que por textos nos referimos a las producciones humanas que expresan las acciones humanas y que al final se pueden organizar en lenguajes.

Se inició con la transcripción de las entrevistas cumpliendo con los criterios de Cáceres (2003), la cual se intentó realizar durante las primeras 72 horas, para asegurar que estas transcripciones pudieran contener la información con más fiabilidad y, al igual que las anotaciones observacionales, teniendo presente que “en la investigación cualitativa es prioritario experimentar la realidad tal como los actores la sienten y viven. «La mayor objetividad es el mayor respeto a la subjetividad». Nada debe ser sobrentendido, el dato debe registrarse tal como se encuentra” (Sanhueza, 2009, p. 18).

Para asegurar el rigor científico de la investigación se aplicaron los criterios propuestos por Albert (2007), los cuales son: **Credibilidad** como validez interna para el aspecto de veracidad, **transferibilidad** como validez externa en el aspecto de aplicabilidad, **dependencia** como confiabilidad en el aspecto de consistencia y **confirmabilidad** como objetividad en el aspecto de neutralidad. La credibilidad se valoró a través de la técnica de triangulación, utilizando tres tipos de triangulaciones: la triangulación de la información por cada estamento, triangulación con el marco teórico, triangulación de teorías o teórica. Para la triangulación teórica se confrontó los resultados con el Modelo de Adaptación de Roy.

Consideraciones éticas. Para la realización del estudio se tomaron en cuenta las normativas vigentes en la República de Panamá para la realización de investigaciones en salud. se procedió a someter el protocolo de investigación a los parámetros establecido por el Comité de Bioética Institucional de la Universidad de Panamá, la cual en nota N°/CBIUP/165/17 en su sesión del 27 de abril de 2017, se aprobó el protocolo y el consentimiento informado, así como también, el aval por la Coordinación en Regulación de Investigación para Salud de la Dirección General de Salud Pública (DIGESA) del Ministerio de Salud, y la autorización para el desarrollo del mismo dentro de la institución, por parte del Dr. Alfredo Martiz, Director General de la Caja de Seguro Social registrado en el Departamento Nacional de Docencia e Investigación con nota fechada DENSYP-S-DENADOI-N-891-2017.

Resultados

Caracterización de los participantes. Se realizó entrevistas a profundidad a siete (7) participantes que aceptaron el estudio con las siguientes características:

Tabla 1: Características de los participantes

Participante	sexo	Edad (años)	Tipo de Usuario	Escala funcional del NYHA	Con quien viven	Residencia al momento de la hospitalización	Tiempo de ser Diagnosticados en años	Unidad de Cuidados Paliativos no Oncológicos	Oxígeno en casa antes de la hospitalización
1	Masculino	65 años	Beneficiario (padres 14)	III	Con hijos	Pacora	7 años	si	Si
2	Masculino	72 años	Pensionado (11)	II	Solo	Pedregal	5 años	En proceso	no
3	Femenino	71 años	Pensionado (11)	II	Con hijos	Pedregal	10 años	En proceso	no
4	Masculino	70 años	Pensionado (11)	III	Esposa e hijos	Don Bosco	más de 10 años	si	Si
5	Femenino	74 años	Beneficiario (padres 14)	III	Esposo e hijos	24 de Diciembre	10 años	si	No
6	Masculino	76 años	Pensionado (11)	II	Solo	Torrijos Carter	7 años	En proceso	No
7	Masculino	97 años	Pensionado (11)	III	Con hijos	Don Bosco	más de 10 años	si	Si

Fuente: Elaboración propia, con base a la información recabada. Rodríguez, L y González, Y. (2017)

Como se puede observar en la tabla 1, cinco pertenecían al sexo masculino y dos al femenino, todos los pacientes estaban hospitalizados en la sala de geriatría del Hospital

Irma de Lourdes Tzanetatos. Los rangos de las edades de los participantes estaban entre 65 a 97 años y el tipo de usuario era: dos beneficiarios de hijos y cinco pensionados por vejez.

Los participantes referían que llevaban padeciendo de la enfermedad en un rango mayor a los cinco (5) años; cuatro (4) estaban clasificados en el expediente en la clase funcional de la New York Heart Association en el grado III y tres estaban en el grado II; en ellos se notaba ya la disnea de esfuerzo durante la movilidad; cuatro ya pertenecían al programa de cuidados paliativos no oncológicos y tres ya estaban en espera de reunión con los familiares y el grupo de paliativo para decidir si querían ingresar al programa.

El análisis de cada entrevista, aplicando los pasos desarrollados por Cáceres (2003), permitió emerger las categorías o temas, después del proceso reflexivo inductivo-deductivo que se llevó de la lectura y relectura de los códigos que dio el surgimiento a cinco categorías o temas, de los 17 códigos, los cuales contienen el contenido latente de las 165 unidades de análisis identificadas. A continuación, se hace una descripción detallada de las categorías o temas surgidos durante la investigación:

Primera categoría: Reconstruyendo la vida cotidiana. Las personas que han vivido durante más de tres años todos los síntomas asociados a la insuficiencia cardíaca o, en otras palabras, experimentado esa cronicidad, hacen referencia a que su vida cotidiana (antes de que tuvieran la enfermedad) ha cambiado y que estos, en su estilo de vida, han representado verdaderos retos en su día a día, pues en muchos de los casos ellos afirman que sus vidas “*ya no son las mismas de antes*”. Estos cambios se encuentran representado en los siguientes códigos:

Identificación de cambios: Los participantes cuentan que cuando se les diagnosticó la enfermedad no le prestaron tanta importancia, sino hasta el momento cuando identificaron que cosas diferentes estaban pasando en sus vidas. Hacen referencias a momentos y circunstancias muy específicos, donde ese *día a día* se veía afectado; notaban que a medida que transcurría el tiempo sucedían hechos que hacían que sus estilos de vidas se modificaran y lo que antes, para ellos, era tan fácil como “subir o bajar una escalera” o incluso preparar “sus propios alimentos”, ya no les era posible. La pérdida del “apetito” se observó como un hecho identificado por muchos entrevistados como primera manifestación de cambios E4AP16 “*Se me perdió el apetito una de las primeras, bárbaramente me ponían el plato podía ser lo más delicioso que va no entraba todavía estoy casi así, que no todo lo que puedo, no todo lo que como*”.

Experiencias: Los relatos de los participantes señalan que aspectos de su vida que se desarrollan incluso antes del diagnóstico de la enfermedad, han sido determinantes para la reconstrucción de la vida cotidiana tal y como lo conocen. Situaciones como los cambios de humor, las experiencias en cuanto a sucesos personales e incluso su relación con los funcionarios de atención sanitaria son experiencias que les quedan en su memoria y que marcan su propia vida: E4A22 “*La falta de oxígeno es lo único esa agitación de allí más nada, eso me ponía desesperado todavía lo tengo, pero más suave*”; E1MP35 “*Bueno sí, si confundido, si me sentí en algún momento en esa época*”.

Hábitos y prácticas: En cuanto a los hábitos y prácticas, están comprendidas, para ellos, dentro de las dimensiones de la dieta o alimentación, los hábitos como la ingesta de

alcohol, la actividad física y la ingesta de medicamentos cada vez más creciente, todos estos aspectos generaban llamados de atención en cuanto a su salud y sus estilos nuevos de vidas al cual forzosamente se debieron adaptar: E4AP27 *“estoy con la cosa que tiene que cuidarse porque no puedo comer ni rabito, ni patita de puerco y en parte he desobedecido, esta última vez he comido patita de puerco, no debí haberlo hecho a lo mejor en parte eso me trajo al hospital”*. Reconocer hábitos y prácticas nocivos, ahora para ellos involucro identificar la reconstrucción de su vida cotidiana.

Segunda categoría: Experimentando sentimientos frente a la cronicidad. Las personas que padecen de la cronicidad de la insuficiencia cardíaca informan que se generaron diferentes sentimientos, algunos hasta muy difíciles de manejar por ellos; sentimientos como el miedo o temor, el enfado o molestia, la desesperanza e incluso el tratar de asignar culpa de todo lo que están viviendo a otros sucesos o personas, son emociones con las que tienen que afrontar y aprender a enfrentarlas, ya que su diario vivir gira en torno a un sinnúmero de ellas que pueden, según sus propias palabras, ser positivas o negativas para su salud. Estos cambios se encuentran representado en los siguientes códigos:

Miedo/Temor: Para estas personas el principal miedo o temor radica en morir asfixiado, pues saben que es una de las principales manifestaciones de su enfermedad y que se va agravando con el tiempo; es tal la dificultad para respirar (disnea) al punto que cualquier evento que interrumpa ese flujo de oxígeno los hace temer lo peor para ellos y lo manifiestan a través de frases como: E5LP49 *“¡Sí claro...! ¡Miedo...! Tristeza, porque usted sabe que esa cosa de una hora a otra, esto, es un problema, pues y se puede uno ir (entre risa)... morir.”*. Muchas veces es tanta la sensación de miedo, que esta suele superar sus mecanismos de regulación internos, hasta terminar en llanto: E3EP31 *“Como un miedo una cosa que un día me puse a llorar y todo me dio ganas de llorar y ella estaba, quedo ella también...”*

Enfado/molestia: Los participantes de este estudio experimentan enfado o molestia dirigido más, que todo a su estado de salud actual; del por qué están así, ya que esta situación los llena de frustración y enfado, pues quisieran poder hacer todo lo que hacían y realizan los demás, igual que antes: E4AP48 *“Es que realmente nunca me ha gustado, como nunca he estado enfermo, nunca me ha gustado estar enfermo, me da como molestia ¡cuándo yo tengo algo!”*.

Desesperanza: No solo el miedo y el enfado predominan en las personas que padecen la cronicidad de la insuficiencia cardíaca de este estudio, también los inunda un sentimiento de profunda desesperanza por su condición y, aunque muchas veces no lo expresaban tácitamente, la entonación y la melancolía sobresalían en cada una de sus frases. Esta desesperanza va dirigida al hecho que notan esas pérdidas de su propio yo y su funcionalidad; el miedo y el enojo los llevaban a sentirse en una ruta sin salida pues algunos expresaban que no tenían cura: E6EP50 *“Pues el día mío ahí es una pesadilla ¡Por qué pesadilla? ¡Sin cura!”*.

Asignar culpa: Para las personas que experimentan la cronicidad de la insuficiencia cardíaca este torbellino de sentimientos los lleva, muchas veces, como parte de un mecanismo de defensa el tratar de asignar la culpa de su condición a algo. Ese algo

causante de su estado, en su criterio, puede tomar diferentes direcciones, pues algunos reconocían su culpa por los estilos de vidas que llevaron antes del diagnóstico de la enfermedad asumiendo esa culpa propia de su estado: *E4AP14* “*Es lo que pasa también que yo he sido inquieto y mucha parranda*”; otros consideraban que sus familiares y el entorno que los rodea tienen algo de responsabilidad en que su cuadro se agrave o que se agudice de alguna manera la enfermedad: *E5LP32* “*Por el humo de los carros porque mi esposo es chapistero, porque pinta y hace mecánica y hace eso y ese humo de esos carros me hicieron daño*”. De alguna manera manejar este sentimiento de culpa, fue un proceso difícil al cual tuvieron que hacer frente durante los primeros años después de ser diagnosticados.

Tercera categoría: Afrontando el proceso de cronicidad. Los participantes de este estudio manifestaron que luego de vivir por más de tres años y experimentar la cronicidad de la insuficiencia cardíaca, han logrado una adaptación progresiva a la enfermedad, sin embargo, vivir con la cronicidad de esta enfermedad es afrontar el proceso día con día y aprender a vivir con ella. Resulta para ellos en una lucha constante para estar ahí y tratar de sobrepasar estas dificultades, logrando vivir una vida plena y lo más normal posible dentro de sus limitaciones, siempre tratando de afrontar todos estos cambios de una manera positiva y adecuada. Estos cambios se encuentran representado en los siguientes códigos:

Vínculo con el oxígeno. Las narrativas describen que los participantes identifican que el principal obstáculo a afrontar, con el pasar de los años, es la falta de oxígeno; a tal grado que se crea una relación o un vínculo muy estrecho con este, pues reconocen que es el principal problema derivado de su condición y que la cronicidad de la enfermedad, va tensando más este vínculo con el pasar de los años, de tal forma que toma una importancia significativa durante toda su vida: *E6EP83* “*El problema de oxígeno eso es lo más importante*”. En definitiva el vínculo con el oxígeno es muy fuerte, pues a medida que la cronicidad avanza y los síntomas también se agravan buscan afrontar este proceso, asegurándose, que este vínculo tan preciado para ellos no se pierda, donde el oxígeno, gas incoloro e inodoro, toma tal relevancia como elemento vital, volviéndose un componente esencial para afrontar la cronicidad de la enfermedad: *E4AP22* “*La falta de oxígeno es lo único esa agitación de allí más nada, eso me ponía desesperado todavía lo tengo, pero más suave*”.

Pérdidas. A diferencias de otras enfermedades donde el individuo puede perder una parte de su cuerpo o un órgano, en los pacientes que experimentan la insuficiencia cardíaca y, más aún, aquellas que lo han padecido por mucho tiempo (cronicidad de la enfermedad), expresan que estas pérdidas no van dirigidas a una figura física, sino más bien enfocadas a una pérdida funcional, emocional, laboral y hasta en muchas ocasiones familiar. El afrontar los procesos de cambios en sus vidas cotidianas derivadas de la cronicidad de la insuficiencia cardíaca, generó pérdidas también del propio auto concepto, ya que muchos señalan que le molestaba estar así, al principio el aceptar ayuda de otras personas era muy difícil, pues intentaban valerse por sí mismos y lo consideraban una pesadilla: *E6EP50* “*Pues el día mío ahí es una pesadilla ¿Por qué pesadilla? ¡Sin cura!*”; y de la misma manera sentían que aunque no estaban perdiendo una parte física del cuerpo, las limitaciones a las que tenían que adaptarse eran casi parecidas: *E7SP4* “*hace tanto años que, para no cansarte, fue que me dijeron, como me dijeron córtele los huevos, así me sentí.*”

Actividad física. Los participantes expresaron que otro aspecto importante radicaba en la adaptación a la disminución del rango de actividades físicas que pueden realizar a medida que la enfermedad fue avanzando, unido al problema de oxigenación, marcaron en gran parte, cambios en su vida cotidiana. Las referencias de los participantes van desde que cada actividad física, por mínima que fuera, provocaba un desequilibrio manifestado por cansancio, debilidad extrema y, en muchos de los casos, total incapacidad para realizar las actividades: *E1MP20* “Bueno la experiencia mía fue que, cuando de aquí allá, yo me cansaba, me paraba, me cansaba, me hacía efecto pues, porque no podía caminar rápido, ni notaba que me quedaba sin aire...”.

Relación con la muerte. La persona que han experimentado la cronicidad de la insuficiencia cardíaca ha establecido una relación con la propia muerte como parte de ese afrontamiento de la cronicidad de la enfermedad, a tal punto que incluso llegan a referirse a ella como algo “esperado” y que está inevitablemente unido a su diario vivir: *E7SP8* “Hay veces que ni se siente pero ya con 97 años, ya que más vas a esperar, ya punden cojelo para el cementerio jajajaja (risa)”. Esta relación también puede ser tensa y causar gran incertidumbre y temor en estas personas, pues algunos nunca se sentirán preparados y, tal vez, aún no estén preparados, pues aunque se les vaticine el avance de la enfermedad muestran mucho respeto a la relación con su propia muerte; es en cualquier momento esperar la muerte, pues aunque no pueden ver el corazón, el miedo de que deje de funcionar está siempre latente, ya que consideran que es una enfermedad letal y muy traicionera: *E7SP47* “Bueno porque sé que en cualquier momentito esa enfermedad es muy traicionera, si el corazón”.

Asignar importancia al corazón. Las personas asignan una gran importancia al corazón, desde el momento que escuchan que el médico les da el diagnóstico de su padecimiento y es allí, en ese preciso momento cuando un órgano, que para ellos, pasó desapercibido por muchos años, toma gran connotación, pues atribuyen a él su propia vida y el padecer de una enfermedad que lo afecte significa gravedad y logra darle un contundente cambio a su vida cotidiana: *E4AP55* “Allí me di cuenta que el corazón es la base del cuerpo, de todo”. Para ellos el corazón ahora es él que decide, hasta que momento estarán con vida e incluso utilizan analogías comparándolo con un reloj para tratar de explicar que su funcionamiento está limitado hasta el día que se detenga y que cuando se detenga ya nadie lo hace andar: *E7SP51* “que es como un reloj que comienza a parpadear y de repente ¡se paró!”.

Autoconcepto. Las personas que padecen de insuficiencia cardíaca informan que la cronicidad de la enfermedad provoca cambios en su autoconcepto, aunque de una manera muy heterogénea, puesto que se generan sentimientos como la desesperanza, la pérdida de la confianza en sí mismo y la aceptación de que ya no son las mismas personas, lo que va mermando en la imagen que tienen de sí mismos, pues muchos consideran que ya no pueden ejercer las mismas labores y su propia perspectiva de su vida cambia, conforme avanza la enfermedad: *E6EP43* “¿Cuál es la diferencia mía? (se ríe), no soy el mismo cambia las cosas”.

Cuarta categoría: Reconociendo el apoyo social. Informan en sus narrativas, que el apoyo de la familia y del equipo de salud ha sido fundamental para salir adelante y hacerle

frente a su condición y los cambios que esta trae consigo, desde el momento del diagnóstico. Estos cambios se encuentran representado en los siguientes códigos:

Rol de la Familia. Dentro de las narrativas se encontró, que la presencia de la familia fue un factor importante en la experiencia de hacerle frente a la cronicidad y los cambios degenerativos producidos por esta nueva condición de salud. Este apoyo, en su mayoría, está representado por el acompañamiento físico, que durante los inicios de la manifestación de los síntomas de la enfermedad, etapa determinante en sus vidas, los motiva a continuar y aceptar los cambios en su nueva condición de salud: *E4AP61 “Todos estos años, han estado conmigo ahí, que lo coja con calma, me regañan si coma algo que no debo”*

Ayuda profesional. Los participantes cuentan en sus narraciones, que otra red de apoyo que se crea junto al padecimiento de la enfermedad es la ayuda profesional, específicamente del personal de salud. Relatan que la experiencia con esta relación va enmarcada en las visitas y consejos que, tanto médicos como enfermeras, ofrecen en todo momento: *E4AP56 “Yo le digo a Zuñiga el doctor, ven acá Zuñiga, yo voy a estar en este relajó entra y sale, entra y sale, bueno me dice, qué vas a poder hacer tienes que ir”*. De igual manera reconocen que esta ayuda es necesaria y que la convivencia creada, les asegura que el personal sabe qué hacer en ese momento que los necesitan: *E5LP55 “Claro... yo no quería venir, yo no quería venir, pero de todas maneras tenía que hacerlo porque en la casa no me podían atender y acá me ponen mascarillas, oxígeno y me atienden aquí y cuando me daban salida ya estaba bien”*

Quinta categoría: Viviendo con creencias y espiritualidad. Dentro de las declaraciones, producto de su experiencia de vivir con la cronicidad de la insuficiencia cardíaca, los participantes informan que, para ellos, fue de mucha importancia aferrarse a la fe desde un punto de creencias y espiritualidad muy personal, así como de la creencia en un ser supremo que guío o dictaminó circunstancias en su vida en beneficio de su condición.

Creencia en un ser supremo. Expresaron en sus narraciones que creer en la figura de “Dios” y de la “Virgen” fue de gran influencia para afrontar el diagnóstico de la enfermedad, porque concideran que nunca los abandono y los ayudo a seguir adelante: *E1MP 79 “Y ‘toy este... como le digo recuperándome muchísimo y tengo la idea bueno, pues la esperanza que pueda ser que cualquiera cosa de mí en la casa pero sí tendría el ánimo pues de un año pa’ ca’ o año todavía que Dios me diera permiso de estar aliviado yo tendría ese ánimo todavía”*.

Aferrándose a la fe. De alguna manera, tener esta fe va más allá de las creencias en algún ser supremo, les ayuda a mantener la voluntad de seguir adelante pese a todos los cambios que experimentan con el transcurrir de los años que se desprenden de la cronicidad de la enfermedad: *E2RP27 “Mira yo te voy a decir un secreto, yo soy un hombre que le presto a tenerle miedo pero por allí me tiene que venir algo que me ayude y me cure y me estabilice”*; ya que consideran que estas creencias los mantienen siempre listos y determinados a cambiar su realidad como la conocen.

Discusión.

Los hallazgos de las narrativas indican que para los participantes, la experiencia de vivir la cronicidad de la insuficiencia cardíaca por más de tres años, desde el momento que les fue diagnosticado, ha significado en primera instancia una reconstrucción de su vida cotidiana, pues desde el momento del diagnóstico e incluso antes, cuando se empiezan a manifestar los primeros síntomas, se inicia un difícil camino para aceptar que su vida va tener cambios y que el identificarlos, es sin duda alguna, el inicio de una serie de sucesos que dieron por hecho que sus vidas ya no serían iguales como antes del diagnóstico.

Las diversas manifestaciones que se fueron presentando a medida que trascurrían los años desde el diagnóstico, afirman los entrevistados, implicaron afrontar sentimientos frente a la cronicidad de la enfermedad que les permitirá adaptarse a ella, en donde, el apoyo familiar y profesional, así como las creencias religiosas y espirituales, permitieron darle un significado a esta experiencia. En la literatura se encuentra descrita las afectaciones propias que deben afrontar, al confrontar los resultados con el marco referencial se evidencia, que son muchos los matices a que se deben enfrentar para afrontar y adaptarse a los cambios propios de una enfermedad crónica cardiovascular.

Yu, Lee, Kwong, Thompson y Woo (2008); Zapata (2011) y Bosworth, Steinhauser, Orr, Lindquist, Grambow y Oddone (2004), identificaron en sus estudios aristas muy similares, sobre todo en los aspectos como síntomas, pérdida de roles, respuesta afectiva, afrontamiento y apoyo social; el afrontar la cronicidad llevó a los participantes a crear un vínculo con el oxígeno, de tal manera que reconocen su importancia para la vida y que el equilibrio en este vínculo debe mantenerse, ya que el desbalance significaría que su vida correría peligro inminentemente. Inevitablemente como parte del proceso de afrontar la cronicidad de la enfermedad, los participantes en sus narrativas expresan que esto significó crear una relación con su propia muerte, porque creen fervientemente que la enfermedad es traicionera, y que en cualquier momento el corazón, al que ahora ven de manera distinta y con tal importancia para la vida, se puede detener y terminar todo, lo que simboliza uno de sus miedos más latentes producto de la enfermedad.

En lo que respecta a sus procesos vitales en el marco del Modelo de Adaptación de Roy (MAR) correspondían al siguiente nivel adaptativo, tres (3) estaban en el nivel integrado, tres (3) en el nivel compensatorio y una (1) en el nivel comprometido. El análisis permitió el desarrollo de cinco significados que le otorga el paciente al vivir con la cronicidad de la insuficiencia cardíaca, siendo estas las categorías: *a. reconstruyendo la vida cotidiana, b. experimentando sentimientos frente a la cronicidad, c. afrontando el proceso de cronicidad, d. reconociendo el apoyo social y viviendo con creencias y espiritualidad.* En lo que respecta a las metas adaptativas según el RAM son: crecimiento, dominio, reproducción, transformación del ambiente y del ser humano y la sobrevivencia. En este estudio de vivencia de la cronicidad de la insuficiencia cardíaca, con la triangulación teórica, se detectó la siguiente secuencia en las metas adaptativas: primero el **crecimiento**, al reconocer el apoyo social como significativo; en segundo lugar logra **el dominio**, al experimentar sentimientos frente a la cronicidad; en tercer lugar está **la reproducción**, lo logra al compartir su experiencia viviendo con creencias y espiritualidad, aferrándose a la fe y a la creencia en un ser supremo; en cuarto lugar se introduce el concepto

“reconstrucción de la vida cotidiana”, que consideramos que es más que la transformación, ya que la persona identifica cambios, experiencias, e implementa nuevos hábitos y prácticas de cuidado que lo llevan a la adaptación en los cuatro modos: el físico-fisiológico, auto concepto, interdependencia y función del rol; todo esto en el contexto de la salud diferenciada (*es un cambio de actitud para que el paciente crónico llegue a lograr una vida normal, más que un enfermo es una persona que tiene una salud diferente*); y en quinto lugar tenemos la **sobrevivencia**, la cual se logra al *afrentar el proceso de la cronicidad*.

Conclusiones

Este estudio permitió a los participantes abrir sus corazones, crear una vía de aproximación y entendimiento sobre el fenómeno de vivir la cronicidad de la insuficiencia cardíaca, desde sus sentimientos y pensamientos permitiéndole al profesional de enfermería acercarse a la profundidad del significado de su experiencia siendo este su mayor aporte a la disciplina. Estas experiencias son tan importantes en el campo disciplinar de enfermería, ya que el cuidar es un proceso dinámico, irrepetible y personalizado en cada persona; por ello el comprender estas experiencias le permite al profesional de enfermería reorientar el cuidado con las estrategias correctas.

El marco conceptual de este estudio permitió la introducción de dos conceptos importantes en el contexto de la cronicidad cardiovascular estos son:

- El concepto **“reconstrucción de la vida cotidiana”**, la cual constituye una meta para la adaptación en la cronicidad cardiovascular.
- El concepto de **salud adaptativa integrada de la persona en situación de cronicidad**, el cual definimos como un estado y proceso de ser y de convertirse del ser humano, cursando niveles de adaptación que fluctúan desde el integrado, compensatorio hasta el comprometido, enfocado en lograr las metas de la adaptación: la sobrevivencia, la reproducción, el dominio del ser humano y la reconstrucción de la vida cotidiana en cronicidad por insuficiencia cardíaca.

El aporte de esta investigación a la práctica del cuidado es la reorientación del cuidado a un cuidado adaptativo del paciente con insuficiencia cardíaca, de tal forma que promueva la adaptación a través de la reconstrucción de la vida cotidiana basado en las prácticas de cuidado adaptativo como evidencia científica y lograr o conservar la Salud Adaptativa integrada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albert, M. (2007). *La investigación educativa*. (Madrid): McGraw-Hill, Interamericana de España. (pp. 139-212).
- Arias M., y Giraldo C. (2011). *El rigor científico en la investigación cualitativa*. Invest Educ Enferm.; 29, 3, pp 500-514.

- Bosworth, H., Steinhauser, K., Orr, M., Lindquist, J., Grambow, S. y Oddone, E. (2004). Congestive heart failure patients' perceptions of quality of life: the integration of physical and psychosocial factors. *Aging & mental health*, 8(1), 83-91.
- Cáceres, P. (2003). *Análisis cualitativo de contenido: Una alternativa metodológica alcanzable*. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 2(1), 53-82
- Escalante, E. y Páramo, M. (2011). *Aproximación al análisis de datos cualitativos* (1st ed., pp. 111-135). Mendoza: Editorial de la Universidad de Aconcagua.
- Gómez-Picard, P., y Fuster-Culebras, J. (2014). Atención a la cronicidad: desafío estratégico, macrogestión y políticas de salud. *Enfermería Clínica*, 24(1), 12-17.
- Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud (IHME) (2017). GBD Comparar visualización de datos. Seattle, WA: IHME, Universidad de Washington. Disponible en <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare> . (Accedido: 30 de Octubre 2018)
- Instituto Nacional de Estadística y Censo. (2015). Estadísticas Vitales, Volumen III - Defunciones. Consultado 30 de octubre de 2018, de https://www.contraloria.gob.pa/inec/Publicaciones/Publicaciones.aspx?id_subcategoria=7&id_publicacion=773&id_idioma=1&id_categoria=3
- Jiménez, M. (2010). De la enfermedad crónica al paciente en situación de cronicidad. *Atención primaria*, 43(2), 67-68.
- Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en Investigación Cualitativa Principios Básicos y algunas Controversia. *Rev. Ciencia Saude Colectiva*. 17(3) p. 6112-619.
- Mesa, L., Carrillo, A. y Moreno, F. (2013). *La Cronicidad y sus matices: estudio documental*. *Revista investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, julio – diciembre; 95 -114. Sitio web: <http://www.redalyc.org/pdf/1452/145229803006.pdf>
- Morse, J. M. (1995). The significance of saturation. *Qualitative Health Research*, 5(2), 147-149. <https://doi.org/10.1177/104973239500500201>
- Morse, J. (Ed.) (2003). *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Colombia: Editorial Universidad de Antioquia.
- Pereira-Rodríguez, J., Rincón-González, G., y Niño-Serrato, D. (2016). Insuficiencia cardíaca: Aspectos básicos de una epidemia en aumento. *CorSalud*, 8(1), 58–70. Retrieved from <http://www.revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/view/98/240>

- Rivera, L. (2008). El cuidado al paciente cardiovascular en situaciones que generan un gran sentimiento de pérdida, amenaza, temor o muerte. *AV. Enferm.* ,XXVI (1): 124-133. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12892>
- Rojas, K. (2018). Insuficiencia cardíaca, un mal que aqueja al 4% de la población. Retrieved October 30, 2018, from <http://laestrella.com.pa/vida-cultura/cultura/insuficiencia-cardiaca-aqueja-4-poblacion/24072270>
- Sanhueza, O. (2009). *Contribución de la investigación cualitativa a enfermería. Ciencia y Enfermería*, XV (3), 15-20.
- Teddle Ch, Yu F. (2007). *Methods Sampling Typology with examples*. *Journal Mix Methods* 1(1): 77-100.
- Yu, D. S., Lee, D. T., Kwong, A. N., Thompson, D. R., y Woo, J. (2008). Living with chronic heart failure: a review of qualitative studies of older people. *Journal of advanced nursing*, 61(5), 474-483.
- Zapata, N. (2011). La experiencia de sufrir una insuficiencia cardíaca crónica: un padecimiento que acerca a la muerte. *Investigación y educación en enfermería*, 29(3), 419-426.

PERCEPCIÓN DEL PACIENTE QUIRÚRGICO SOBRE LA ORIENTACIÓN PROPORCIONADA POR LA ENFERMERA

Fecha de Recepción: 20 de febrero 2020

Fecha de Aceptación: 22 de mayo de 2020

Mgter. Danaris Espino de Sánchez

Estudiante de la maestría en Ciencias de Enfermería
con especialización en perioperatorio.

Docente del Departamento de Salud de Adultos
Facultad de Enfermería. Universidad de Panamá.

Correo danaris@gmail.com

Dra. Yariela González Ortega

Profesora asesora.

Docente del Departamento de Salud de Adultos.
Facultad de Enfermería. Universidad de Panamá.

Correo yariela.gonzalez@up.ac.pa

RESUMEN

Este estudio de investigación tiene como propósito determinar la “Percepción del Paciente Quirúrgico y la orientación proporcionada por la Enfermera” a partir de su experiencia, emociones, basada en la Teoría de las Transiciones de Afaf Ibrahim Meléis.

Metodología: se trata de un estudio cualitativo con diseño fenomenológico interpretativo. En este estudio participaron siete pacientes operadas de colecistectomía laparoscópica operadas en el Hospital San Miguel Arcángel, ubicado en el distrito de San Miguelito, Ciudad de Panamá. El estudio se realizó mediante la observación, notas de campo y entrevistas a profundidad semiestructuradas, donde las pacientes manifestaron su experiencia y percepción sobre la orientación ofrecida por las enfermeras. Se utilizó como análisis de los datos la codificación inicial y la codificación Axial. La codificación inicial se basó en los datos, utilizando el método incidente por incidente, se observó cada acción, se escribió en gerundio y se elaboró los Códigos In Vivo. La Codificación Axial consistió en obtener subcategorías y reagrupación de las mismas para establecer las categorías.

Resultados: como resultado se estableció nueve categorías que son: Educación y conocimiento, aprendizaje, cuidados quirúrgicos, compromiso familiar en el paciente quirúrgico, evolución de su condición quirúrgica, emocional, comunicación, escenario quirúrgico, empatía.

Conclusiones: se pudo establecer la satisfacción de las pacientes por la orientación recibida por parte de las enfermeras de cirugía.

Palabras Claves: Percepción, Paciente Quirúrgico, Orientación, Enfermera.

ABSTRACT

The purpose of this research study is to determine the "Perception of the Surgical Patient and the guidance provided by the Nurse" from the patient's experience, emotions, based on the Theory of Transitions by Afaf Ibrahim Meléis.

Method: This is a qualitative study with an interpretive phenomenological design. Seven patients undergoing laparoscopic cholecystectomy at Hospital San Miguel Arcángel, located in the district of San Miguelito, Panama City, participated in this study. The study was carried out through observation, field notes, and in-depth semi-structured interviews, where the patients expressed their experience and perception of the nurses' guidance. Initial coding and Axial coding were used for data analysis. The initial coding was based on the data from the incident-by-incident method. Each action was observed, it written using gerunds, and elaborated using In Vivo Coding. The Axial Coding consisted of obtaining subcategories and regrouping them to establish the categories.

Results: As a result, nine categories were established, which are: education and knowledge, learning, surgical care, a family commitment to the surgical patient, the evolution of the patient's surgical condition, emotional condition, communication, surgical scenario, empathy.

Conclusion: The patients' satisfaction with the guidance provided by surgical nurses was established.

Key Words: Perception, Surgical Patient, Orientation, Nurse

RESUMO

Este estudo tem como objetivo determinar a "Percepção do Paciente Cirúrgico e a Orientação Fornecida pela Enfermeira" a partir de sua experiência, emoções, baseada na Teoria das Transições de Afaf Ibrahim Meléis.

Metodologia: trata-se de um estudo qualitativo com desenho fenomenológico interpretativo. Este estudo envolveu sete pacientes operados de colecistectomia laparoscópica operada no Hospital San Miguel Arcángel, localizado no Distrito de San Miguelito, Cidade do Panamá. O estudo foi realizado por meio de observação, notas de campo e entrevistas em profundidade semiestruturadas, onde os pacientes expressaram sua experiência e percepção das orientações oferecidas pelos enfermeiros. A codificação inicial e a codificação axial foram utilizadas como análise de dados. A codificação inicial foi baseada nos dados, utilizando-se o método incidente por incidente, todas as ações foram observadas, escritas em gerundio e os Códigos In Vivo foram desenvolvidos. A codificação axial consistia em obter subcategorias e reagrupá-las para estabelecer categorias.

Resultados: como resultado, foram estabelecidas nove categorias que são: educação e conhecimento, aprendizagem, cuidado cirúrgico, engajamento familiar no paciente

quirúrgico, evolução de sua condição cirúrgica, emocional, comunicação, cenário cirúrgico, empatia.

Conclusões: A satisfação do paciente poderia ser estabelecida para orientação recebida pelos enfermeiros da cirurgia.

Palavras-chave: Percepção, Paciente Cirúrgico, Orientação, Enfermeira.

INTRODUCCIÓN

La orientación antes del acto quirúrgico constituye un pilar fundamental para el logro de un postoperatorio exitoso, considerando que el acto quirúrgico es un factor que genera ansiedad tanto en el paciente que será intervenido, como a su familia. Por ello, es importante que la enfermera pueda enfocarse a disminuir la ansiedad, con una adecuada y eficiente orientación, que implique la preparación del paciente como parte de su compromiso y responsabilidad, con el fin de buscar el bienestar y la pronta recuperación, por ello es de interés conocer la importancia de la orientación que realiza la enfermera como parte de su responsabilidad ante un acto quirúrgico.

Las enfermeras quirúrgicas como especialistas que ofrecen cuidado perioperatorio deben poseer habilidad y destreza para lograr un cuidado eficiente y eficaz, razón por la cual, exige de este profesional una variedad de funciones, dentro de las cuales se encuentra la educación al paciente quirúrgico y sus familiares.

Esta educación perioperatoria permite al paciente tomar las decisiones con suficiente información y aclarar sus dudas, para tener el control de su estado de salud y disminuir la ansiedad y el temor a lo desconocido; para Fernández y López (2006) la percepción del estrés refleja una tendencia a disminuir conforme aumenta la edad. Una mayor edad cronológica puede influir en su nivel de capacidad de adaptación y mejora los recursos de afrontamiento, es por ello que la enfermera desempeña un papel fundamental en la enseñanza al paciente para lograr su confianza y su pronta recuperación.

Dentro de las actividades de la enfermera en el ámbito quirúrgico, se tiene planear y dirigir los cuidados a los pacientes quirúrgicos fundamentados en componentes conductuales y técnicos de competencia clínica, siendo la orientación perioperatoria una de las funciones que a través de la comunicación con el paciente y sus familiares le permite disminuir las inquietudes o preocupaciones que genera el impacto directo sobre la experiencia quirúrgica (Potter 2002). Bajo esta perspectiva, la información suficiente, correcta, clara y oportuna permitirá que el paciente tome decisiones asertivas. Para ello, la enfermera debe emplear métodos docentes que combinen las capacidades y necesidades del paciente e incorporar otros recursos como la familia, en los planes educativos. (Hamlin, 2010); Y por otro lado, el

paciente espera de la enfermera una guía que logre satisfacer sus necesidades de atención ofreciendo información del procedimiento y orientación sensorial (sensaciones que puede experimentar (García 2012).

Las enfermeras también desempeñan una función activa en la preparación psicológica y fisiológica del paciente quirúrgico, proporcionando instrucciones sobre técnicas para reducción del stress como expectativas para un efectivo posoperatorio. (Smith, 2006). Esta orientación desde la perspectiva del propio paciente tiene impacto en la disminución del costo beneficio y la reducción días cama, ya que un paciente bien orientado tendrá los conocimientos necesarios para ejercer su autocuidado, lo que redundará en disminución de infecciones, complicaciones posoperatorias y una pronta recuperación.

Comprender las experiencias que tienen los pacientes quirúrgicos sobre la orientación que recibe de la enfermera, permite que este profesional pueda planear su cuidado basados en la capacidad de adaptarse a situaciones de peligro, en un escenario poco familiar, amenazante y lleno de incertidumbre; planear un ambiente de satisfacción, basados en la relación paciente-enfermera. con la finalidad de que el paciente perciba seguridad y confianza, en la atención que se presta durante el acontecimiento de la cirugía. (Meléndez, Garza y otros 2014, Smith 2006).

Desde la perspectiva teórica de las transiciones de Meléis, 2000, esta función orientadora de la enfermera perioperatoria puede ser explicado, tomando en consideración que incluye conceptos como salud, enfermedad, recuperación y alta hospitalaria, imprescindibles en todo paciente quirúrgico. Además, explica que las transiciones organizativas, incluyen cambios en las condiciones del entorno que afectan a las vidas de los clientes y de los trabajadores (Meléis, 2011). Es decir, las transiciones son circunstancias que influyen en una persona y que se mueve hacia una transición que facilita o impide el progreso para lograr la transición saludable, influidas por factores personales, comunitarios o sociales que facilitar o limitan los procesos y resultados de las transiciones saludables.

En el paciente intervenido quirúrgicamente la recuperación exitosa depende de estas circunstancias a que se refiere la teoría. La recuperación y los cambios que debe realizar la persona están condicionados en muchos casos a el área donde vive, el factor socioeconómico y el estar consciente de las necesidades de establecer estilos de vida saludable posterior a la orientación que se le ofrezca, información que obtenga y su corresponsabilidad.

La conciencia es vista como una percepción, conocimiento y reconocimiento de la experiencia de transición y en los pacientes quirúrgicos se refleja en la coherencia de lo que se conoce sobre los procesos y las respuestas de individuos. (Meléis 2000). Muy acertada en lo referente a la cirugía de colecistectomía laparoscópica, en donde el paciente que presenta esta transición requiere del conocimiento previo, así como de experiencias y respuestas a este proceso de otros pacientes en situaciones similares si tiene orientación previa la respuesta postquirúrgica sería en mejor calidad de su salud y evitaría complicaciones posteriores.

La terapéutica de Enfermería debe estar enfocada en tres intervenciones aplicadas durante las transiciones (Meléis, 2000): Primero, valorar la preparación como una terapéutica de enfermería. La valoración de la preparación debe ser un esfuerzo multidisciplinar y requiere de un conocimiento completo del cliente; requiere valorar cada condición de la transición para crear un perfil individual de la preparación del cliente. La segunda intervención, es la preparación para la transición se sugiere como una terapéutica enfermera. La preparación de la transición incluye educar como principal modalidad para crear condiciones óptimas en la preparación para la transición. La tercera, es la suplementación del rol se propuso como una terapéutica de enfermería, respuesta del paciente en su recuperación. Refiere Meléis la vuelta a casa después de la hospitalización como una transición para el paciente y su familia.

Esto quiere decir que una relación eficaz entre ambos es importante. La enfermera deberá establecer con el paciente esta relación demostrando empatía hacia el cliente que muestra un cúmulo de angustias, miedos, dudas para que establezcan una buena comunicación y que el cliente aclare sin presiones de ningún tipo todo lo necesario concerniente a su tratamiento ya sea quirúrgico o médico. La enfermera deberá ser capaz de comprender la situación por la que está pasando el cliente y mantener esa confianza y comunicación de forma clara para lograr el objetivo esperado una transición saludable.

METODOLOGÍA

Se trata de un diseño de investigación de tipo fenomenológico interpretativa ya que se buscó indagar y comprender la experiencia en un grupo de pacientes mujeres intervenidas quirúrgicamente, con la finalidad de comprender su experiencia y significado con respecto a la orientación ofrecida por las enfermeras.

Se utilizó una muestra por saturación (Strauss 2012), de siete participantes hospitalizadas de un hospital de segundo nivel de atención ubicado en la Región Metropolitana de la Ciudad de Panamá, ingresadas entre el año 2014 y 2015 que cumplieron con los criterios de inclusión de ser pacientes femeninas operadas de coleditiasis o colecistitis con técnica laparoscópica y en condición estable, con veinticuatro (24) horas de permanecer hospitalizada, habilitada cognitiva y emocionalmente a responder.

Para la recolección de la información se utilizó la entrevista a profundidad (Bautista, 2011), utilizando una guía estructurada de preguntas para obtener los temas. La pregunta inicial fue *¿Cuénteme su experiencia sobre la orientación que la enfermera le proporciona antes de la cirugía?* La duración promedio de las entrevistas fue de una hora de grabación por cada participante, las mismas se dieron en un ambiente cómodo y tranquilo dentro del área hospitalaria que contribuyó a que se diera con fluidez la información. Los datos obtenidos de esta entrevista fueron complementados con la nota de campo realizada de forma inmediata, registrando lo observado dentro del entorno Banks (2011).

Este consideró la Declaración de Helsinki, el Código de Nuremberg, además la inclusión de las normas éticas y bioéticas nacional e institucional del Ministerio de Salud y el Hospital, y Universidad de Panamá, dejando constancia que el estudio no tendrá otro beneficio

diferente para la investigadora que el académico y profesional y los resultados contribuirán modificar o mejorar la orientación de la enfermera al paciente quirúrgico. Se entregó el consentimiento informado antes de realizar la entrevista para su lectura y comprensión del tema a tratar. Se explicó de acuerdo con su nivel sociocultural los objetivos de la investigación y el beneficio que puede ofrecer a la institución y los pacientes.

En este estudio se presentaron, los procedimientos centrales de la técnica de análisis de datos textuales y los criterios que permitieron asegurar el rigor y la calidad científica. Entre estos criterios tenemos: la credibilidad, la confirmabilidad, y la transferibilidad Guba y Lincoln (2011).

Para establecer la credibilidad desde el trabajo de campo se hizo necesario en las entrevistas estar pendiente de la comunicación verbal y no verbal de revisar y discutir los resultados con pares; además se redactó notas precisas, exactas y completas sin alterar los testimonios y el sentido de la narrativa de la entrevista. Se realizó segunda entrevista realizadas a las participantes con el objetivo de aclarar conceptos y confirmar su sentir de la información proporcionada.

La recolección de datos consistió en solicitar los permisos necesarios con el compromiso de informar los resultados y tomando en cuenta no perjudicar el proceso de privacidad de las pacientes. Se identificaron a los informantes claves en las salas de Cirugía con los criterios de inclusión; a través de los archivos que permitió elaborar una ficha con el nombre, dirección, característica de los criterios de inclusión de los participantes. Se entrevistó a cada paciente para la orientación y firma del consentimiento informado. la recolección de datos de dio a partir de la segunda entrevista utilizando la guía estructurada, en un ambiente de confianza y respeto mutuo.

Para el análisis de los datos se utilizó la metodología de Corbin y Strauss (2002), iniciando por la codificación In Vivo en donde se codifica unidades por contenidos, analizándose línea por línea de acuerdo a la transcripción de cada entrevista, posteriormente se crearon subcategorías de las agrupaciones de los códigos In vivo y posteriormente se clasificaron y la categorías según las subcategorías afines. Los resultados obtenidos fueron explicados utilizando la teoría de Enfermería de Afaf Meléis llamada Teoría de la Transición.

RESULTADOS Y ANÁLISIS

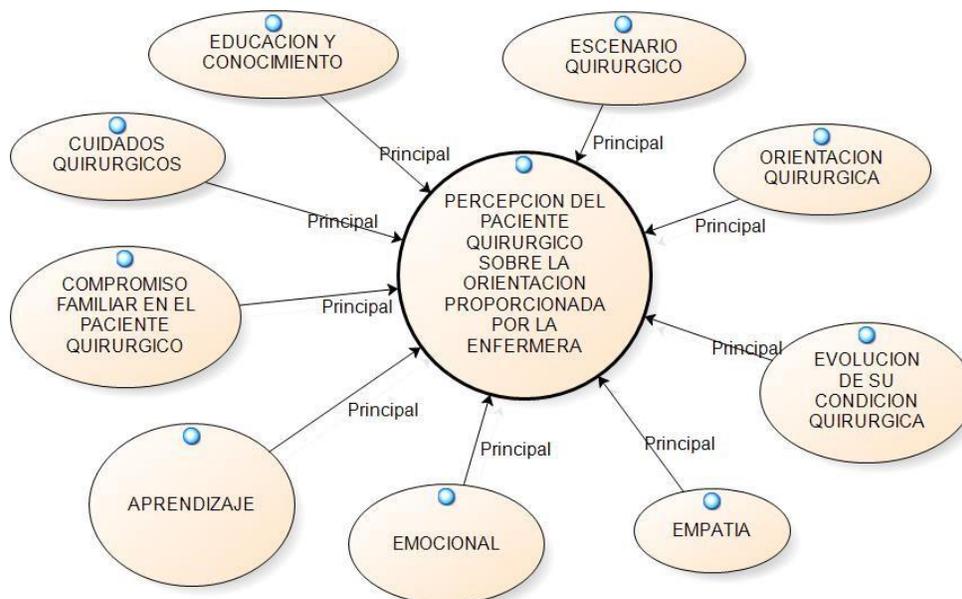
El análisis de datos se realizó de manera simultánea con la recolección de datos. A medida que se irá disponiendo de las primeras informaciones recolectadas, se codificaba y analizaba desde el inicio de las entrevistas.

Los datos se presentaron a través de cuadros extraídos de la entrevista realizada a los participantes por la investigadora, (grabadas en cinta de audio y transcritas durante las siguientes 12 horas) previa confirmación de lo que la paciente quiere expresar, además como apoyo se contó con notas de campo.

Realizado en tres fases o en diferentes operaciones; segmentación y codificación de unidades de significado; identificación de los temas principales e integración e interpretación de los resultados.

Los datos obtenidos dieron por resultados 18 subcategorías reducidas a nueve categorías que son: Educación y conocimiento, escenario quirúrgico, orientación quirúrgica, evolución de su condición quirúrgica, empatía, aspecto emocional, aprendizaje, compromiso familiar , cuidados quirúrgicos y que se presentan en la figura N°1

Fig. N°1 Percepción Del Paciente Quirúrgico Sobre La Orientación Proporcionada Por La Enfermera.



Fuente: Datos obtenidos de pacientes operadas de Colectectomía Laparoscópica en u Hospital de segundo nivel de la Región Metropolitana de la Ciudad de Panamá. 2014 - 2015

Categoría de Educación y Conocimiento

La enfermera quirúrgica establece con el paciente un programa de cuidados para mantener bienestar, recuperación y seguridad para el paciente. Los entrevistados argumentan que esta información que ofrece la enfermera con el fin de educar al paciente es muy poca. También lo podemos observar en las siguientes líneas que informa la entrevistada:

“ Yo pienso que las enfermeras en si la atención es buena lo único es que en orientación sí les falta bastante para con el paciente, porque no solo es poner

medicamentos y ven para canalizarte y eso también tienen que explicarle sobre.... las consecuencias y las dietas que uno debe tener y esas cosas”(Daniela01-L9-L10-L11).

El nivel de conciencia se refleja a menudo en el grado de coherencia entre lo que se conoce sobre los procesos y las respuestas e incluye educar como principal modalidad. Los conocimientos deficientes o déficit de conocimientos es la carencia de información cognitiva relacionada con un tema. (Meléis, 2010).

Categoría de aprendizaje:

El aprendizaje es el proceso a través del cual se adquieren o modifican habilidades, destrezas, conocimientos y conductas, a partir de experiencias previas, con el fin de conseguir una mejor adaptación al medio.

“más me dijeron que estuviera calmada y que no me pusiera nerviosa nada mas, me facilitaron una orientación antes de entrar para que no tuviera miedo” (Berta 01L14-L17).

“antes de la operación son como 15 días que uno tiene que hacer una dieta, esta información me la dio el internet, yo me guie porque me puse a buscar en el internet, me puse a buscar información” (Daniela01L14-L15-L20).

Según Meléis (2010), la preparación anticipada o la falta de preparación facilitarían o inhibirían las experiencias de transición de las personas. El paciente quirúrgico pasa por este tipo de transición y sin una disponibilidad para el aprendizaje y una adecuada orientación antes del acto quirúrgico, su recuperación o su experiencia postquirúrgica no facilitaría una recuperación exitosa. También afirma que el grado de conciencia influye en el nivel de compromiso en cuanto a que éste no sucede sin conciencia.

Categoría de cuidados quirúrgicos:

Los cuidados quirúrgicos es la totalidad del conjunto de los cuidados perioperatorios, en los que se considera fundamental la participación del paciente y la familia, el personal de salud es responsable de esta participación, ya que dispone de un conjunto de conocimientos y la posibilidad de acceder a nuevos conocimientos a través del estudio y la investigación.

“Lo que si me llamo la atención fue que cuando uno está recién operado uno debe de, recibir más ayuda de la persona que lo está atendiendo o que está allí para, ayudarlo a uno, pero en el caso mío tuve que levantarme sola hasta que me fui a bañar” (Eugenia01L19-L20-L21).

La asistencia de enfermería en esta etapa influye en la evolución y recuperación del paciente, en la condición de un paciente post quirúrgico la seguridad es fundamental en los cuidados del paciente, así como la formación previa y la experiencia personal de la enfermera; estos son elementos importantes que aseguran un cuidado oportuno y eficaz y de esta manera

prevenir las complicaciones relacionadas con eventos adversos o la morbilidad de los pacientes.

Categoría compromiso familiar en el paciente quirúrgico:

El compromiso familiar provee un contexto de apoyo para la satisfacción de las necesidades de todos sus miembros, además promueve la interacción entre los miembros, para equilibrar el sistema familiar, para proteger con la finalidad de que exista un ambiente de relaciones amorosas, de atención, de afecto y de lealtad.

*“yo tuve que dedicarme a hacer todo por mi cuenta sin poder optar por darle el conocimiento, a mi acompañante que en ese caso era mi hermano de lo que él tenía, que saber para acompañarme a dicha operación eso fue lo que paso conmigo así”
(Francia01-L53-L54-L55)*

En el compromiso familiar con el paciente quirúrgico, se refiere a la adaptación del paciente en el hogar y la adaptación de su familia. (Meléis 2010). La educación al paciente y la familia es importante y todo el personal de la salud de la Institución tiene un compromiso educativo con el paciente, de tal forma que le permita la continuidad del tratamiento una vez sea dado de alta.

Categoría evolución de su condición quirúrgica:

La evolución de su condición quirúrgica son las manifestaciones clínicas que presenta el paciente durante las fases del proceso quirúrgico.

*“porque yo le decía a la enfermera que ya no aguantaba que tenía mucho dolor”
(Azucena01-L23).*

El dolor postquirúrgico es una experiencia que experimenta todo paciente sometido a intervención quirúrgica, por tanto es importante establecer estrategias en los cuidados de enfermería que logren mitigar el mismo, desde que el paciente ingresa a la unidad para sea sometido a la cirugía, es por ello, que en la evolución de la condición quirúrgica de los pacientes según Meléis (2012), las creencias y actitudes culturales como estigmas unidos a una experiencia de transición, influirían, en el restablecimiento de las funciones corporales del paciente de forma favorable o no.

Categoría emocional:

En la situación emocional diferentes tipos de sentimientos están visibles, Es importante entender que es un fenómeno tanto físico como psíquico.

Los pacientes que esperan una intervención quirúrgica suelen experimentar diversos miedos y esperanzas.

“Lo más importante que me dio de la orientación lo que más me gusto es que tenía que tener calma un poquito de paciencia que poco a poco ellos me iban a ser la cirugía eso fue lo que más me gusto” (Carmen 01-L12- L13).

La paciente acepta con agrado el apoyo emocional ofrecido e informa que esto es importante, observamos con estas declaraciones de la paciente que es muy importante ayudar como profesional de la salud, al paciente en su estado emocional para lograr una cirugía sin complicaciones y una recuperación exitosa.

En el aspecto emocional la percepción o demostración de cambio, pasa por un periodo de inestabilidad, confusión estrés, y llega un final con un nuevo inicio o periodo de estabilidad. (Meléis 2010).

Categoría de escenario quirúrgico:

El escenario quirúrgico es todo aquel espacio destinado a la intervención de las diversas cirugías. También conocida como zona de transoperatoria, debe tener características muy particulares para proporcionar un ambiente seguro y eficaz en donde el paciente pueda permanecer por tiempo prolongado sin inconvenientes.

La experiencia quirúrgica afecta no solamente al cliente, sino también a la unidad familiar. Por tanto, ante la experiencia quirúrgica la enfermera debe preparar tanto al cliente como a la familia. La identificación de los conocimientos, las expectativas y las opiniones del cliente y la familia permitirán a la enfermera planificar la educación y las medidas de preparación emocional. Potter (2002).

“Creo que no tuve tiempo ni siquiera de pensar, o de sentir porque inmediatamente”, “que fui ingresada me acostaron en una como mesa” “cuando desperté estaba fuera de la sala de operaciones en la sala donde lo ingresan para recuperación” (Eugenia 01 L10-L11-L17).

Todas las interacciones persona-medio ambiente, los procesos alguna vez se determinan exclusivamente por variables individuales o ambientales. Diferentes conjuntos de factores pueden ser dominantes en varios puntos de tiempo, pero sobre todo lo que acentúa resultados de interacción compleja entre las características individuales y ambientales. (Meléis, 2010).

Categoría orientación quirúrgica:

Los profesionales de enfermería tienen el deber de proporcionar una información veraz y lo más completa posible, con un lenguaje claro y adecuado al nivel cultural y de conocimientos del paciente. (Rincón y García ,2012).

“yo escuché la charla de la enfermera y habiéndome percatado de todo fui a la operación” (Francia 01-L56).

Meléis (2010) incluye educar como principal modalidad para crear condiciones o óptimas en la preparación para la transición. Dentro de las responsabilidades de las enfermeras es

orientar al paciente para que realice su autocuidado en el hogar lo más explícito posible, considerar dentro de esta orientación asegurarnos que fue comprendida con algunas herramientas como la retroalimentación, práctica dirigida de los cuidados etc.

En la orientación quirúrgica la intervención terapéutica se conceptualiza como algo que ocurre después. Las consecuencias de transición se han experimentado, y la intervención preventiva, como algo que ocurre antes de la transición o antes las consecuencias, por consiguiente, se hace muy necesaria. (Meléis 2010).

Categoría empatía:

La empatía presenta un campo amplio de aprehensión tanto de los aspectos cognitivos como emocionales de la experiencia de los demás permite comprender la persona del otro e introducirse en su mundo emotivo, permite sentir con él pero no lo mismo que él.

“siento que se limitan a ver si la venoclisis está funcionando” “pienso que deben ver al paciente con sus temores, emociones” “en fin como ser humano, Y en que iba a sentir debilidad y dolor”. (Gloria01L20-L21-L22).

Para una transición satisfactoria es importante el desarrollo de una relación eficaz entre enfermera y paciente Meléis (2010). Por tanto, es importante la negociación entre la enfermera y el paciente y la misma se logra a través una relación eficiente y eficaz entre ambos. Se puede tener una tendencia a utilizar la propia experiencia o los sentimientos de uno como un marco de referencia en lugar de provocar significados desde el cliente. Esto lo considera como empatía hacia el paciente. Cuando se habla de empatía se hace referencia a una habilidad emocional del individuo, en la cual es capaz de ponerse en la situación emocional de otro.

DISCUSIÓN

La asistencia de enfermería en un paciente postquirúrgico influye en su evolución y recuperación, su seguridad es fundamental dentro de los cuidados del paciente, así como la formación previa y la experiencia personal de la enfermera; estos son elementos importantes que aseguran un cuidado oportuno y eficaz y de esta manera prevenir las complicaciones relacionadas con eventos adversos o la morbilidad de los pacientes. Es por ello que la Organización Mundial de la Salud (2007), lanzó un proyecto dirigido a mejorar la seguridad de la atención quirúrgica a nivel mundial. La OMS reconoce la importancia de mejorar la seguridad del cuidado quirúrgico en todo el mundo.

Tomar conciencia de participar en las experiencias vividas; de sus pacientes ayudar a considerar otras posibilidades de cuidado así como otros puntos de vista para llegar a afrontar la situación de crisis y disminuir la ansiedad que se produce en la persona que sufre; reconocerse a sí mismo como persona necesitada de ayuda y con los demás, de tal manera que pueda exteriorizar sus sentimientos y expresar todo lo que le preocupa; acompañar en el

sufrimiento y apoyar al paciente en la medida que éste se comprometa a participar en las experiencias de vida y aceptar su condición humana, con el fin de encontrar un sentido a su situación de crisis. Canovas (2008).

La cirugía produce a menudo una incapacidad (temporal o permanente) que requiere una ayuda en la fase de recuperación por lo que la familia es un importante recurso que proporciona el apoyo emocional que motiva al paciente a recuperar el estado de salud. La familia también puede recordar al cliente la educación recibida. Potter (2002).

Durante el postoperatorio se puede experimentar síntomas como, por ejemplo: dolor en uno o ambos hombros debido al gas que aún queda en el abdomen, malestar en la garganta por el tubo, náuseas o heces sueltas después de comer y este periodo de transición puede durar de cuatro a ocho semanas en su recuperación quirúrgica. Por lo que es importante conocer que los significados y las situaciones de salud, están influidos por las condiciones en que se produce la transición. (Meléis, 2010),

Por otra parte, se experimentan diversos miedos y esperanzas, por lo que se debe determinar las percepciones, emociones, conductas y sistemas de apoyo que pueden ayudar o interferir en la capacidad del paciente para progresar en el proceso quirúrgico. (García A, 2012). Ya que este es un acto psicológicamente estresante. Para entender el impacto de la cirugía sobre la salud emocional del paciente y la familia la enfermera ha de valorar los sentimientos que le despierta la cirugía, su auto concepto y los recursos para hacer frente a los problemas. Potter (2002).

Es importante reconocer que la experiencia quirúrgica afecta no solamente al cliente, sino también a la unidad familiar. Por tanto, ante la experiencia quirúrgica la enfermera debe preparar tanto al paciente como a la familia. La identificación de los conocimientos, las expectativas y las opiniones del cliente y la familia permitirán a la enfermera planificar la educación y las medidas de preparación emocional. (Potter, 2002).

Otro aspecto relevante es la comunicación el saber escuchar, y poner atención y estar disponible durante la relación enfermera - paciente, de tal manera que el mensaje transmitido por la enfermera proporcione al paciente confianza, seguridad y respeto Canovas (2008).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las pacientes operadas de colecistectomía laparoscópica perciben la necesidad de una mayor orientación y comprensión sobre su experiencia quirúrgica manifestando aspectos importantes como la orientación para manejar el dolor, ansiedad y el conocimiento necesario para la cirugía.

La experiencia de ser orientadas por la enfermera, debe aportar una mayor información, y sobre todo el proceso que se lleva desde que inicia hasta la salida y sus cuidados postoperatorios y de casa.

Para estas pacientes se hace necesario que las enfermeras muestren una mejor orientación y empatía hacia ellas no solo realizando la labor técnica sino también la humanización de la enfermera.

El lenguaje verbal y no verbal entre enfermera frente al paciente, es muy importante en todo momento y desde el primer contacto, ya que de esto dependerá la confianza que se desarrolle, lo que permitirá al paciente manifestar lo que siente para aclarar dudas e inquietudes antes de la cirugía.

Algunas de las entrevistadas manifestaron que la enfermera solo cumple con sus deberes, sin observar al paciente como un ser humano, el cual en esos momentos necesita de su empatía.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Banks Marcus (2011) Los Datos Visuales en la Investigación Cualitativa. Ediciones Morata. Madrid, España.
- Bautista C, N.P. (2011) Proceso de la investigación Cualitativa. Epistemología, Metodología y aplicaciones. Bogotá, Colombia: Editorial El Manual Moderno.
- Cánovas Tomás Miguel Ángel (2008) TESIS DOCTORAL La relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión. Departamento de Ética e Historia . Universidad de Murcia España.
- Fernández Castillo, López Naranjo (2006) Transmisión de Emociones, Miedo y Estrés Infantil por Hospitalización. Recuperado de:
http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-196.pdf
- García Amparo, Hernández, Arroyo y Gonzáles. (2012) Enfermería de Quirófano Tomo I y II. Grafos S.A. España.
- Hamlin Lois y Richardson. (2010) Enfermería Perioperatoria. Texto Introductorio. Editorial Manual Moderno México.
- Meléis Afaf, (2010) Transitions Theory Midle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice. Springer Publishing Company. New York E.E.U.U.

Meléndez Méndez, Garza Hernández, Castañeda-Hidalgo, González Salinas, (2014)
Percepción del Paciente Quirúrgico acerca de la Seguridad en el Ámbito Hospitalario
Universidad de Santander. Tamaulipas, México.

Potter Perry (2002) Fundamentos de Enfermería. Editorial Harcourt; Quinta edición Tomo I
y II. España

Smith Sandra y Duell Donna (2006) Enfermería Básica y Clínica. Manual Moderno México.
Strauss Anselm and Corbin (2012) Bases de la Investigación Cualitativa. Editorial
Universidad de Antioquia Colombia.

APLICACIÓN DE MÉTODOS Y TÉCNICAS ANDRAGÓGICAS EN POSTGRADO, DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS ESTUDIANTES

Fecha de Recepción: 18 de octubre 2016

Fecha de Aceptación: 10 de febrero 2017

Dra. Carmen Flores de Bishop

Profesora titular

Facultad de Enfermería

Universidad de Panamá

bishopcarmen@hotmail.com

RESUMEN

Objetivo: La investigación tiene como objetivo valorar la importancia de los métodos y técnicas en el proceso enseñanza - aprendizaje en el modelo andragógico del programa de Maestría de Salud y Enfermedad Mental

Metodología: El estudio sigue el esquema hipotético inductivo concebido como cuantitativo y es de tipo descriptivo donde se establece la relación entre variables: metodología andragógica y los métodos y técnicas aplicadas en el proceso orientación aprendizaje. La muestra la constituyó el 82% de los participantes de los programas del 2009 al 2012, a los que se les aplicó un cuestionario.

Resultados: Los resultados demostraron que la metodología andragógica es aplicada parcialmente por la mayoría de los facilitadores, siendo una limitante que éstos en su mayoría no tienen formación andragógica formal. El 68% de los facilitadores consideran las experiencias previas de los participantes, 29.4% de los participantes manifestaron que se generó un clima de tensión y todavía el 37.3% de los facilitadores siguen metodología tradicional; siendo éste un programa con metodología andragógica, tal como se plantea en el diseño curricular.

Conclusiones: Los modelos conductuales de los facilitadores en el desarrollo de los cursos, en la mayoría fueron positivos y apropiados para la educación de adultos. Las técnicas utilizadas por los facilitadores son variadas y la mayoría de ellas son utilizadas en la educación de adultos.

Palabras Claves: *metodología andragógica, métodos didácticos, técnicas didácticas, medios didácticos, experiencias previas, participante, facilitador. (Source: DeCS, BIREME)*

ABSTRACT

Objective: The study aims to assess the importance of methods and techniques in the teaching-learning process in the andragogic model of the master's program in Health and Mental Illness.

Method: The study follows the hypothetical inductive scheme conceived as quantitative and descriptive in which the relationship between the variables, andragogic methodology, and the methods and techniques applied in the learning orientation process is established. The sample was made up of 82% of the participants in the master's programs from 2009 to 2012, to whom a questionnaire was given.

Results: The results showed that the andragogic methodology is partially applied by the majority of the facilitators, which is a limitation, for the majority of them do not have formal andragogic training. Sixty-eight percent of the facilitators consider the participants' previous experiences; 29.4% of the participants stated that a climate of tension was generated, and 37.3% of the facilitators still follow traditional methodology. This is a program with andragogic methodology as proposed in the curricular design.

Conclusion: The behavioral models in the development of the facilitators' courses were mostly positive and appropriate for adult education. The techniques used by the facilitators are varied, and most of them are used in adult education.

Keywords: andragogical methodology, didactic methods, didactic techniques, didactic means, previous experiences, participant, facilitator. (Source: DeCS, BIREME)

RESUMO

Objetivo: A pesquisa visa avaliar a importância de métodos e técnicas no processo de ensino - aprendizagem no modelo andragógico do programa de Mestrado em Saúde e Doença Mental

Metodologia: O estudo segue o esquema hipotético indutivo concebido como quantitativo e descritivo onde se estabelece a relação entre as variáveis: metodologia andrógica e os métodos e técnicas aplicados no processo de orientação de aprendizagem. A amostra foi composta por 82% dos participantes do programa de 2009 a 2012, que foram solicitados para completar um questionário.

Resultados: Os resultados mostraram que a metodologia andragógica é parcialmente aplicada pela maioria dos facilitadores, sendo um limitador que eles não possuem, em sua maioria, treinamento formal andragógico. O 68% dos facilitadores consideram as experiências anteriores dos participantes, 29,4% dos participantes disseram que um clima de tensão foi gerado e ainda o 37,3% dos facilitadores seguem a metodologia tradicional, mesmo sendo um programa com metodologia andrógica, conforme proposto na concepção curricular.

Conclusões: Os modelos comportamentais dos facilitadores no desenvolvimento de cursos, na maioria dos casos foram positivos e adequados para a educação de adultos. As técnicas utilizadas pelos facilitadores são variadas e a maioria delas são utilizadas na educação de adultos.

Palavras-chave: metodologia andrógica, métodos de ensino, técnicas de ensino, meios de ensino, experiências anteriores, participante, facilitador. (Source: DeCS, BIREME)

INTRODUCCIÓN

El acelerado desarrollo científico y tecnológico que se está dando en el campo educativo y las múltiples oportunidades de capacitación y formación que ofrecen muchas instituciones de educación superior; obliga a renovar y muchas veces, a cambiar los métodos de enseñanza y las técnicas educativas que se están utilizando en la metodología orientación

aprendizaje; facilitando que más individuos se puedan beneficiar de una educación superior de calidad.

Frente a la situación compleja que vive el mundo actual, obliga a los centros de instrucción, educación, capacitación, formación, entrenamiento, de educación superior, a hacer una selección de los contenidos, métodos, técnicas, que deben comprender el perfil de una carrera o profesión.

Lo esencial del nivel de educación superior, es que está orientado hacia la formación de profesionales de pre y post grado de alto nivel para responder a las necesidades del país. Todos los participantes son adultos, por lo que la metodología y las técnicas utilizadas deben ser acordes a la etapa biopsicosocial de dichos sujetos. En consecuencia la ciencia andragógica, debe ser el fundamento metodológico para el desarrollo de la relación orientación aprendizaje. La andragogía, según Adams (1970) es “la ciencia y el arte de educar al adulto, la cual se caracteriza por emplear horizontalidad y por poner énfasis en los modos, estilos o proceso de aprender.

Hoy en día existe un concepto claro de la educación de adultos, enmarcado en la ciencia andragógica, en la educación continua, en el reciclaje y en la capacitación del personal. Y esto se debe a los procesos de cambio que vive el mundo desde hace un siglo y que se ha acelerado al empezar el milenio: novedades continuas, aprendizajes y adaptaciones continuos. Por todo esto, se requiere de un estilo de docencia que ya no esté el docente al frente del participante para imponer contenidos y los modos de aprenderlos para luego calificarlos; si no se necesita de un facilitador que esté al lado del estudiante para ayudarlo a aprender cuando éste lo requiera.

Panamá, al igual que muchos países en el mundo, confronta desde hace muchos años, una crisis en la educación, tanto a nivel primario, secundario como en el nivel superior. Esta crisis requiere de una acción concreta a corto, mediano y largo plazo; y por lo tanto debe estar proyectada a todos los niveles, inclusive a la educación andragógica, con la finalidad de incorporar de una manera más efectiva a los participantes adultos y a los facilitadores dentro de un proceso armónico y estable en el desarrollo de la misma.

La ciencia andragógica está destinada a promover y elevar el nivel cultural, profesional y social de los participantes adultos, que han recibido unos beneficios a medias, o que han recibido ciertas orientaciones pedagógicas, y que quieren ampliar sus conocimientos, perfeccionar su formación en determinadas áreas, o renovar los conocimientos adquiridos a través de nuevos medios y técnicas que le permitan adaptarse a los nuevos esquemas de comportamiento.

A pesar de que el modelo andragógico se ha implementado en muchas instituciones educativas, la realidad dice que aún existen un número significativo de instituciones con programas de educación de adulto que todavía emplean el modelo pedagógico.

La puesta en práctica de la metodología andragógica, apoyada en una facilitación eficaz, conduce al aprendizaje efectivo del adulto, lo que implica la adopción de metodologías innovadoras, acordes con las características del sujeto de la educación, es decir, lo que se requiere con carácter dinámico es la adopción del modelo andragógico mediante la utilización de métodos y técnicas adecuadas para quien aprende.

Es de mencionar que la formación profesional de la enfermera o enfermero le obliga a mantener un nivel de preparación que le permita ser eficiente y humano para ofrecer un servicio de calidad, acorde con el avance científico de los tiempos modernos, tal como se plantea en el Código de Ética, para la Enfermera/o Panameña/o.

Por otra parte, la complejidad de dichos servicios de salud y la diversidad de procedimientos y tecnologías de punta que se emplean en la atención de los clientes y pacientes, le exigen al profesional de enfermería poseer conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes sólidas, por lo que es relevante que éste, amplíe y profundice en las diversas especialidades del quehacer de la enfermería, a fin de que sean competentes ante las exigencias actuales. Por ello, la Facultad de Enfermería de la Universidad de Panamá, ha sido la primera en la capacitación y actualización, llevando a esta profesión a la especialización en diversas áreas.

Con el interés de elevar el nivel académico de estos programas (post básicos), en 1998, se inician los programas a nivel de Post Grados (especialización) en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Panamá. Al elevar el nivel educativo de las especialidades, la enfermera/o panameña sería competitiva en este mundo globalizado que exige el conocimiento especializado y actualizado.

En este contexto, ha habido preocupación en cuanto al sistema utilizado para la enseñanza – aprendizaje, ya que se ha observado lo siguiente:

- A pesar de que se utiliza la metodología andragógica, tipo modular con clases presenciales en viernes y sábado, implica la permanencia en la sede del programa; lo que limita la participación de los funcionarios de áreas apartadas del país.
- Se observa que el proceso de enseñanza – aprendizaje es conducido por el profesor. El alumno, en su mayor parte se convierte en un ente pasivo.
- A pesar de que, en la planificación de los programas de post grado, dice que se aplicará la metodología andragógica; a la hora de seleccionar a los docentes, como se les dice, en vez de facilitadores, no se exige como requisito tener algún tipo de formación andragógica. Situación ésta que limita el uso de métodos y técnicas efectivas que respondan a la metodología andragógica. Pues a todas luces se observa que aplican el
- método tradicional modificado y luego dicen que están utilizando la andragogía.
- Las clases se desarrollan en salones y sillas incómodos para la duración del periodo presencial y el trabajo de grupo. Esta situación afecta los componentes situacionales, afectivos y relacionales en el acto de aprendizaje.
- Algunos docentes continúan evaluando la enseñanza y el aprendizaje a través de la evaluación tradicional. En este contexto se infiere que cuando se utilizan pruebas convencionales se limita, en su mayoría, a observar la actividad académica y no se precisa acerca de los momentos y la calidad del proceso cualitativo e integral de reflexión – acción, mediante: la auto-evaluación, la co-evaluación y la evaluación unidireccional.

Este estudio se realizó en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Panamá, tomando como objeto el programa de Especialización y Maestría de Salud y Enfermedad Mental, con el propósito de buscar respuesta a las siguientes interrogantes:

¿Cómo aplican los facilitadores la metodología andragógica en el proceso de enseñanza-aprendizaje?

¿Qué métodos y técnicas utilizan los facilitadores en el desarrollo del proceso enseñanza-aprendizaje?

De acuerdo con el planteamiento del problema se hace necesario realizar un diagnóstico de los métodos y técnicas utilizadas en el proceso de orientación aprendizaje del programa de salud y enfermedad mental de la Facultad de Enfermería, con el fin de proponer alternativas que sirvan para mejorar la situación que se identifique. Por lo tanto, se plantean los siguientes objetivos: Valorar la importancia de los métodos y técnicas en el proceso enseñanza - aprendizaje en el modelo andragógico del programa de Maestría de Salud y Enfermedad Mental y relacionar la metodología andragógica con los métodos y técnicas, utilizadas en el programa.

Este estudio es importante porque en los actuales momentos de apertura comercial, globalización, competitividad, mercados de trabajo y tratados de integración subregional, así como reformas estatales y sectoriales, se hace necesario generar cambios radicales en la educación.

El tener que realizar cambios en la educación de enfermería conduce a la necesidad imperiosa de hacer un análisis exhaustivo que indique las debilidades del programa de maestría de salud y enfermedad mental para convertirlas en fortalezas.

El análisis incluye desde el planeamiento utilizado, la metodología y la evaluación; lo que permitiría la discusión de estos en el programa de maestría de salud y enfermedad mental para conseguir el apoyo político, académico y laboral.

Todo esto lleva a que tenemos que mirar el rol del docente, a descartar sus papeles como profesores y llegar a ser diseñadores de experiencias de aprendizaje. Existe un dicho que dice “para hacer los cambios hay que quitar al profesor”; lo que parece ser realidad, puesto que hay muchos docentes que rehúsan el cambio, y la educación tiene que ser dinámica.

El estudio es importante para el programa de Maestría de Salud y Enfermedad porque permite:

- Modificar el estilo actual de enseñanza-aprendizaje que se utiliza en el desarrollo del programa de especialización y maestría de salud y enfermedad mental.
- Desarrollar experiencias de aprendizaje colectivas, en los cuales los participantes trabajan y aprenden juntos con el facilitador, mediante el interaprendizaje.

Todo lo anterior nos lleva a decir que los procesos de cambio deben enfrentarse con inquietud y osadía, buscando la modernidad de la educación. Se necesita un docente que marque el desafío y enfrente con coraje y apertura, que escape de los formalismos y dogmas absolutos de paradigmas vestidos de verdades absolutas. Un docente en el que exista la duda y que respete e incentive a lo máximo de la pluralidad de conceptos y opiniones de los que en ella actúan, para que los conocimientos producidos y las acciones emprendidas se

realicen con la participación de un colectivo solidario consciente de un comportamiento social y de su papel de sujeto crítico.

METODOLOGIA

El paradigma de la investigación es el cuantitativo, de tipo descriptiva porque, se describe el comportamiento de las variables principales: metodología andragógica relacionada con los métodos y técnicas utilizadas en el desarrollo del programa de Maestría en Salud y Enfermedad Mental. Este se sustenta por lo que dice Arauz Rovira (1994), el estudio descriptivo es aquel que estudia lo que sucede en el presente, buscando en ello, sólo el conocimiento de los hechos o una asociación entre variables o los fenómenos, para describir sus características.

La población objeto de estudio fueron los docentes que dictan los cursos y que guían la práctica clínica y los participantes del programa de Maestría de Salud y Enfermedad Mental.

La muestra está constituida por dos grupos. Una son todos los estudiantes del programa de la promoción 2009 (45 participantes), 2012 (17 participantes); y la segunda por nueve (9) facilitadores. Una vez aplicado los instrumentos la muestra quedó constituida por 51 participantes (82%) y 9 facilitadores (100%).

Las dos variables fundamentales que se manejan, a saber, la variable independiente que corresponde a la metodología andragógica y la dependiente, que son los métodos y técnicas utilizados en la Maestría de Salud y Enfermedad Mental.

Se elaboró un instrumento con el propósito de conocer los métodos y técnicas de aprendizaje aplicado por los docentes y su correspondencia con el modelo de aprendizaje andragógico, desde la perspectiva de los participantes de la maestría.

El proceso de la investigación requirió para su éxito, la recolección de los datos en base a un instrumento correctamente elaborado, que permitió medir las variables de forma confiable y con validez. Para ello se sometió a juicio de tres expertos (una experta en salud mental, una experta en investigación y una experta en educación), las cuales evaluaron el instrumento y sugirieron algunas recomendaciones que fueron consideradas para los instrumentos finales.

Para medir la confiabilidad se utilizó el Coeficiente de Alfa de Cronbach. El instrumento se aplicó a 7 participantes de otro postgrado, obteniéndose como resultado una confiabilidad de 0.88, lo que indica que el instrumento es confiable y que se puede aplicar.

Una vez recolectada la información se elaboró una base de datos en el programa EPI INFO y posterior el cruce de la variable dependiente (metodología andragógica) con las variables independientes (métodos y técnicas). Los resultados se presentaron en cuadros de distribución de frecuencias y gráficas que sirvieron de base para el análisis descriptivo.

La confidencialidad de la información se garantizó a través de la omisión de datos que identifiquen a la unidad de estudio. Para la obtención de la información se solicitó la colaboración a los participantes de la maestría, previa explicación de los objetivos y propósito

del estudio a través del consentimiento informado. Se resalta que, en esta investigación, no hubo ninguna intervención directa, que expusiera a los sujetos de la muestra a ningún tipo de riesgo físico y/o emocional.

RESULTADOS

En relación con las características de género y edad de la muestra del estudio, se encontró que la mayoría de los participantes son mujeres (90,2%), resultado que es cónsono con la realidad, que desde siglos atrás, la masa de profesionales que hay en enfermería son del sexo femenino.

También cabe resaltar que la edad de los participantes que más prevaleció fue la de 40 - 44 años (25,5%); que podría deberse a que ya tienen un hogar bien consolidado y los hijos ya son independiente en sus estudios; permitiéndoles más tiempo para el cumplimiento de las actividades que exige el programa. Le sigue la edad de 25 - 29 años (17,6%), donde todavía se mantiene en los participantes esa motivación de escalar de estatus profesional.

Al relacionar los años de graduado de los participantes del programa de postgrado con si el facilitador consideró sus experiencias previas para la planificación del curso se encontró que 68,6% manifestó que si tomaron en cuenta sus experiencias previas. De éstos la mayoría tiene más de 10 años.

Las actividades de aprendizaje son una herramienta clave para el logro de las competencias en los participantes adultos que aprenden. Los resultados indican que el 33,3% de las actividades de aprendizaje permitieron el crecimiento personal y el 21,6% manifestó que facilitaron todos los señalamientos interrogados (aprendizaje, autonomía, crecimiento personal).

Es importante resaltar que el 31.4% (16) de los participantes refirieron que no fueron consideradas sus experiencias para la planificación del curso, de éstos la mayoría tiene 19 años y menos. El 70% de los participantes tienen 5 años y más de graduados y de laborar como enfermeras y enfermeros.

En cuanto a si la estrategia de aprendizaje utilizada por los facilitadores facilitó las actividades; los participantes refieren que la participación grupal e individual, más de la mitad de los facilitadores la promovió (56,9%); al igual que la investigación en un 23,5% y casi el 20% de los facilitadores sus estrategias utilizadas promovieron la participación y la investigación. A pesar de que los facilitadores que no consideran las experiencias previas, según los participantes, todos promovieron la participación individual y grupal y la investigación.

CUADRO 1 PARTICIPANTES POR CONSIDERACIÓN DE LAS EXPERIENCIAS PREVIAS EN LA PLANIFICACIÓN DE LOS CURSOS, SEGÚN CLIMA QUE GENERÓ EL AMBIENTE DE APRENDIZAJE.

Clima que generó el ambiente de aprendizaje	Total		Consideración de las experiencias previas en la planificación de los cursos			
			Sí		No	
	N°	%	N°	%	N°	%
Total	51	100	35	68.6	16	31.4
Tensión	15	29.4	9	17.6	6	11.8
Libertad	33	64.7	24	47.1	9	17.6
Inseguridad	2	3.9	1	2.0	1	2.0
Tensión y libertad	1	2.0	1	2.0	0	0.0

Fuente: encuesta aplicada a los participantes del programa maestría en salud y enfermedad mental. Facultad de Enfermería, Universidad de Panamá, 2012.

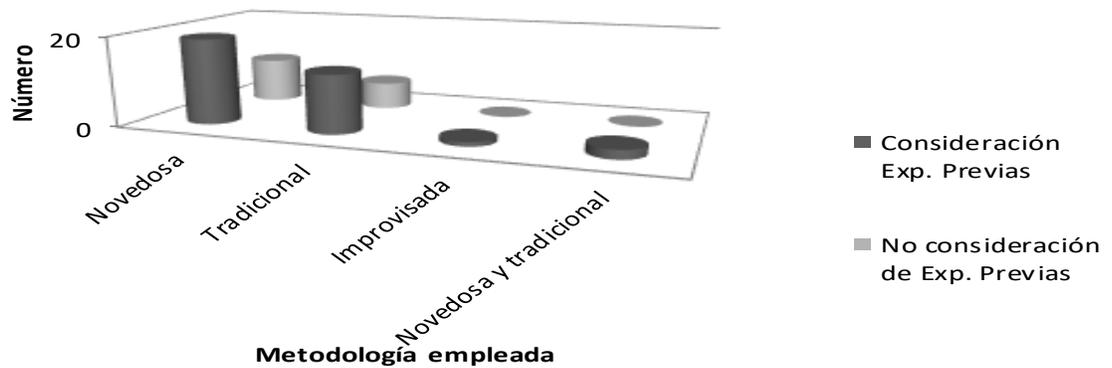
Otro aspecto que se consideró fue el clima que generó el ambiente de aprendizaje. Se encontró que la mayoría, 64,7% manifestó que el clima generó libertad para trabajar, hablar, entre otros. Sin embargo, el 29,4% dijo que el clima generaba mucha tensión de los cuales el 17,6% refirieron que se les considera las experiencias previas.

De los que dijeron que no se les toma en cuenta las experiencias, el 17,6% dice que el clima de aprendizaje les genera libertad de actuar, pero, el 11,8% dice que les genera tensión.

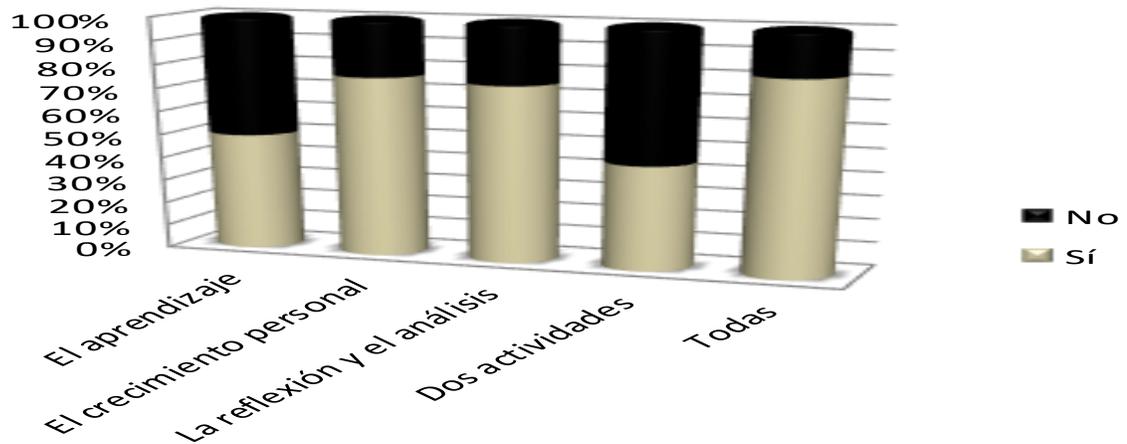
Las actividades de aprendizaje son una herramienta clave para el logro de las competencias en los participantes adultos que aprenden. Los resultados indican que el 33,3% de las actividades de aprendizaje permitieron el crecimiento personal y el 21,6% manifestó que facilitaron todos los señalamientos interrogados (aprendizaje, autonomía, crecimiento personal, reflexión y análisis).

La metodología que utiliza el facilitador para enseñar lo planificado es fundamental en el proceso de orientación aprendizaje. Los resultados reflejan que según los estudiantes los facilitadores utilizan, en su mayoría, metodología novedosa (56,9%); lo que es muy positivo en el aprendizaje del adulto. Sin embargo, el 37,3% de los facilitadores, según los estudiantes, utilizan una metodología tradicional y un 3,9% utiliza una combinación de ambas metodologías.

GRÁFICA 1
PARTICIPANTES DEL POSTGRADO SALUD Y ENFERMEDAD MENTAL POR CONSIDERACIÓN DE LAS EXPERIENCIAS PREVIAS EN LA PLANIFICACIÓN DE LOS CURSOS SEGÚN METODOLOGÍA EMPLEADA. FACULTAD DE ENFERMERÍA, UNIVERSIDAD DE PANAMÁ. 2012



GRÁFICA N°2
PARTICIPANTES DE LA MAESTRÍA SALUD Y ENFERMEDAD MENTAL POR CONSIDERACIÓN DE LAS EXPERIENCIAS PREVIAS EN LA PLANIFICACIÓN DE LOS CURSOS SEGÚN ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE. FACULTAD DE ENFERMERÍA, UNIVERSIDAD DE PANAMÁ. 2012



Fuente: encuesta aplicada a los participantes del programa maestría en salud y enfermedad mental. Facultad de Enfermería, Universidad de Panamá. 2012

Fuente: encuesta aplicada a los participantes del programa maestría en salud y enfermedad mental. Facultad de Enfermería, Universidad de Panamá. 2012

Modelos de Conductas en los cursos fueron excelentes, de éstos el 37,3% manifestó que el facilitador les consideró sus experiencias previas. El 43,1% dijo que los conocimientos que lograron fueron buenos. De los participantes que refieren que el facilitador no les tomó en cuenta sus experiencias previas, la mayoría (15,7%) los conocimientos adquiridos fueron buenos, seguido del 13,7% que dijo que fueron excelentes.

Los resultados relacionados con las conductas o situaciones que se daban en el aula durante el desarrollo de los cursos. El 98% de los participantes refieren que los facilitadores permitían el compartir criterios y posiciones en ambas vías, durante las actividades de clase. Este aspecto es cónsono con el aprendizaje del adulto. El 17.6% de los participantes manifestó que siempre se sintieron angustiadas/os durante el proceso de aprendizaje.

El 83.3% de los facilitadores consideró las experiencias personales de los estudiantes para asociarlas a situaciones de aprendizaje. El 94.1% de los participantes considera que el aprendizaje se dio en un ambiente cordial. Este aspecto es importante en la educación del adulto donde el facilitador, según Fernández, (2001) debe procurar un ambiente en el cual el adulto pueda expresarse, rescatar y compartir sus experiencias sin presión de patrones autoritarios.

El 17.6% de los participantes refieren que en los contenidos orientados por la facilitadora sólo participó como receptora/or de la información. El 98% de los participantes refieren que cada sesión de trabajo se traducía en conocimientos y crecimiento personal; lo que indica que la facilitación dada responde a lo que persigue la andragogía. El 86,3% de los participantes manifiestan que los conocimientos adquiridos llenaron las expectativas del grupo. El 94.1% manifiestan que participaron en la toma de decisiones en el proceso de aprendizaje. El 82.3% de los participantes se le permitió emitir su opinión cada vez que lo consideraba necesario. En relación así se sintieron irrespetada/o por algún miembro del grupo o por la facilitador/a el 7.8% refieren que sí. El 84.3% dice que durante el desarrollo del curso se usaron ejemplos vivenciales o experiencia les. El 92.1% refieren que la metodología utilizada permitió el aprendizaje crítico. El 90.2% refiere que la metodología utilizada por el facilitador permitió utilizar la experiencia previa.

El 92, 2% de los participantes manifiestan que estuvo accesible la asesoría y tutoría del facilitador/a para los trabajos asignados. En la relación facilitación del aprendizaje a través de las estrategias y métodos utilizados y la consideración de las experiencias previas en la planificación de los cursos por parte de los facilitadores se observa que 98% de los participantes refiere que, si facilitaron el aprendizaje, y de éstos al 68.6% se les consideró las experiencias previas y el 29.4% dijo que no se les consideró sus experiencias.

De este resultado se infiere que las estrategias y métodos utilizados por los facilitadores del programa son adecuados al perfil del educando adulto, y este es corroborado con el marco teórico que dice que todo método o técnica puede ser un instrumento de aprendizaje de acuerdo con la manera en que sea aplicado.

Solamente el 2% refiere que las estrategias y métodos no facilitaron el aprendizaje, y éste corresponde a quien no se le consideró sus experiencias previas.

En relación con los recursos materiales que ofrece el facilitador y la unidad administrativa la mayoría de los participantes refiere que son suficiente (82.4%); sin embargo, existe un 17.6% que dice que no. Este hecho debe llamar la atención a los facilitadores y a los administrativos del programa para tomar las medidas necesarias, porque es necesario e importante que los participantes cuenten con todos los recursos necesarios para que se dé el proceso orientación aprendizaje.

En la relación suficiencia de recursos materiales y las experiencias previas, se encontró que el 11.8% de los participantes que dijeron que si se les consideró sus experiencias previas dijo que los recursos no fueron suficiente y de los que no se les consideró las experiencias, el 5.9% igual dijeron que no eran suficiente.

En cuanto al plan de trabajo el 90.2% de los participantes refirió que atendió sus necesidades de aprendizaje, de los cuales el 27.5% son de los que no les consideraron sus experiencias previas. Este resultado es coincidente con la teoría andragógica que hace referencia a que todo el planeamiento del proceso de aprendizaje debe responder a la satisfacción de las necesidades del aprendiz.

En cuanto al tiempo dedicado a cada contenido para lograr el aprendizaje y satisfacer las necesidades del participante se observó que menos de la mitad, 58.8%, manifestaron que no fue suficiente; y de ellos el 23.5% dijeron que no se les tomó en consideración sus experiencias refirieron.

Este resultado debe llevar a una reflexión en cuanto a las exigencias y contenidos curriculares, o en cuanto el tiempo que se les debe dedicar a los mismos. La correspondencia entre esfuerzo personal dedicado por cada participante y los resultados obtenidos se encontró que más de los dos tercios (88.2%) manifestaron que si existe; sin embargo, hay un 11.8% que dijo que no existe, distribuyéndose en igual proporción (5.9% c/u) en ambos grupos de consideración de las experiencias previas o no.

Con relación a las estrategias de aprendizaje utilizadas por los facilitadores en las actividades teóricas y prácticas. Las estrategias más utilizadas en las actividades teóricas fueron los trabajos de grupos y las clases magistrales (12.5% c/u), seguido de seminarios, lecturas y trabajos individuales (11.4% c/u). En la práctica las estrategias que más se utilizan están los trabajos individuales (23.2%), seguido de proyectos (14.4%), trabajos de grupos y discusión de casos (13.4% c/u). Estas estrategias utilizadas son concordantes con la práctica y con las estrategias de la educación de adultos.

En relación con el material bibliográfico utilizado en los cursos del programa, la mayoría fue proporcionada por las facilitadoras, en un 37.3%, prevaleciendo en ambos grupos de consideración o no las experiencias previas. El 43.2% manifestó que el material bibliográfico lo obtuvieron de varias formas o todas las opciones que se presentaron, siendo más relevante en los que dijeron que les consideraron sus experiencias.

También es importante hacer énfasis en que el 2% dijo que el material es accesible y al sumarle los que dijeron todas las opciones (incluyen biblioteca), sería un 13.8%; lo que es muy bajo, porque un programa de postgrado debe contar con una biblioteca bien equipada con el material bibliográfico que se necesita para garantizar el aprendizaje de los participantes.

El apoyo con el equipo didáctico requerido para utilizar las estrategias didácticas es fundamental para garantizar el proceso de orientación aprendizaje. El 98% de los participantes refieren que siempre tuvieron el apoyo con los equipos que se requerían. Este resultado es muy bueno porque en todo proceso de aprendizaje es necesario contar con el equipo didáctico requerido, porque éste facilita dicho proceso.

La estructura física debe reunir las condiciones necesarias para facilitar el proceso de orientación y aprendizaje. El 94.1% de los participantes refiere que la estructura física es adecuada y solamente el 5.9% dijo que no. De estos últimos el 3.9% no se les consideró sus experiencias previas.

El inmobiliario también es parte de los requerimientos para facilitar el proceso de aprendizaje. El 82.4% de los participantes manifestó que el inmobiliario con que cuentan los salones es adecuado; el 15.7% refirió que no es adecuado, siendo en igual proporción para los que se les consideró sus experiencias previas y a los que no.

El salón contaba con mesas que facilitaban el trabajo en grupo y la interacción entre compañeros; éstos que se aplican en la andragogía.

La planificación de actividades de evaluación debe ser consultada y considerar las sugerencias que hacen tanto el facilitador como el participante. El resultado obtenido indica que el 84.3% de los participantes dijo que la planificación de las actividades de evaluación se hace considerando las sugerencias del facilitador y de los participantes. Casi el 8% dice que se planifica sólo con el criterio del facilitador, coincidiendo en proporción en ambos grupos: consideración de experiencias previas y no consideración.

En cuanto a la evaluación que se utilizó en el desarrollo de los cursos la mayoría refiere que fue la contenida en el programa (39.2%), seguida de la recomendada por la universidad (33.3%) y la acordada por el facilitador y el grupo con 19.6%.

En relación con la experiencia previa, en ambos grupos prevaleció la evaluación contenida en el programa.

CUADRO 2 PARTICIPANTES DEL POSTGRADO SALUD Y ENFERMEDAD MENTAL POR CONSIDERACIÓN DE LAS EXPERIENCIAS PREVIAS EN LA PLANIFICACIÓN DE LOS CURSOS SEGÚN TIPOS DE EVALUACIÓN UTILIZADA

Tipos de Evaluación utilizada	Total		Consideración de las experiencias previas en la planificación de los cursos			
			Sí		No	
	N°	%	N°	%	N°	%
Total	51	100.0	35	68.6	16	31.4
Unidireccional	8	15.7	4	7.8	4	7.8
Autoevaluación	7	13.7	5	9.8	2	3.9
Co-evaluación	13	25.5	10	19.6	3	5.9
Todas	3	5.9	3	5.9	0	0.0
Dos opciones	15	29.4	9	17.6	6	11.8
No contestó	5	9.8	4	7.8	1	2.0

Fuente: encuesta aplicada a los participantes del programa maestría en salud y enfermedad mental. Facultad de Enfermería, Universidad de Panamá. 2012

En la metodología andragógica se utilizan las evaluaciones unidireccionales, autoevaluación y la co-evaluación, es decir, que todos los involucrados en el proceso de orientación aprendizaje participan en la misma. haciendo que esta sea más objetiva.

Los resultados indican que todos los tipos de evaluación fueron considerados, siendo el más prevalente la co-evaluación, con un 25.5%. Solamente el 5.9% refirió que se utilizan los tres tipos de evaluación.

Según estos resultados es necesario capacitar a los facilitadores sobre el proceso de evaluación en la metodología andragógica.

Continuando con el proceso de evaluación, se mide ahora la participación en la misma. Se encontró que el 51% de los participantes realizan evaluación del facilitador

Solamente el 3.9% manifestó que no participa en ninguna evaluación. El 27.5% refiere que participa en la evaluación del facilitador y la evaluación.

En cuanto a las fortalezas y debilidades del programa de postgrado en salud y enfermedad mental referidas por los participantes, fue evidente que el número de respuestas en fortalezas fue mayor en comparación con las debilidades. Las fortalezas en su gran mayoría son coincidentes con la metodología andragógica y las debilidades van en contra de esta metodología.

FORTALEZAS	DEBILIDADES
Abre campo a muchos profesionales	En ocasiones poca literatura
Clases presenciales	El tiempo para cada módulo
Se nos ayudó mucho con la bibliografía	Se necesita más tiempo para todo
Se prestó el aprendizaje. Me encantaron las dinámicas y la flexibilidad.	Que se pudiera tener más contactos con los profesores para las asesorías. Motivo distancia
El multimedia nos facilitaba las presentaciones	Pocas pruebas cognitivas a los estudiantes
Las profesoras son accesibles y cordiales	El curso de psicopatología debe ser más extenso
Dispuestas a dar los conocimientos que tienen	Agregar algo de farmacoterapia
Son empáticas con los estudiantes	Falta de tiempo para la realización de los trabajos
Se puede comunicar con cada una de ellas.	Trabajos monográficos
Utiliza los últimos conocimientos, actualizado	Escaso tiempo para el desarrollo de los módulos
Aunque extenso, el material es oportuno	Es extenso el material
Diseño curricular excelente	Algunos módulos estresantes por el corto tiempo
No se puede pasar con "C", nos exige ser buenas y hasta excelente	En la práctica clínica más tiempo en cada área, no intercalado
Facilitaron la información teórica, copias de materiales y préstamos de libros actualizados	En ocasiones muchos trabajos, uno tras otro y poco tiempo
La metodología fue muy dinámica	El espacio físico
Profesores con grandes conocimientos	Carencia de tecnología educativa
Fue un sistema participativo y abierto	En algunos momentos confusión en la información
Práctica con pacientes	Las practicas deben ser con rotación
Utilizan la técnica constructivista	Más práctica y facilitar más el aprendizaje de las mismas
Fomenta la participación individual y grupal	
Profesores de experiencia en el campo de la salud mental	Poca accesibilidad de comunicación en algunos profesores
Mucha calidad humana	
Material debidamente planificado y organizado	Se debe utilizar la metodología teórico - práctico y no la práctica al finalizar el módulo
Utilización de material tecnológico	
Diversidad de técnicas que facilitaron el aprendizaje	El orden del programa. Opino que metodología de la investigación debe darse al inicio y análisis de la investigación antes de bioestadística
Metodologías y técnicas actualizadas	
Actividades fuera del área universitaria	
Acorde a las necesidades del estudiante	Examen al final de cada módulo y el examen profesional al final de la maestría que incluye todo el material
Orientado a resaltar y extraer el análisis	
Formación de ente crítico	
Favorece la interacción del estudiante y facilitador	

DISCUSION

Un porcentaje importante de los participantes refirió que no se les consideró las experiencias previas en la planificación de la asignatura, resultado que no es cónsono con la teoría andragógica, que dice.... La fuente más valiosa de la educación para adultos es la experiencia previa del alumno. (Linderman, 1926; citado por Knowles, 2001). La mayoría de los participantes tienen 5 años y más de experiencia laboral, cuya experiencia es sumamente rica en conocimiento, habilidades y destrezas que al ser consideradas en la planificación del curso se facilita hacia donde deben dirigirse los aprendizajes, según las necesidades de cada uno, haciendo más interesante para el participante el proceso.

El resultado del cuadro N°1 que indica que el clima genera tensión es preocupante, porque en una educación de adulto no debe darse esta, es decir el facilitador debe facilitar el proceso tomando en cuenta los múltiples roles que tiene el participante. Según Liderman, 1926; citado por Knowles, 2001 refiere que “los aprendices son motivados para aprender mientras experimentan necesidades e intereses que el aprendizaje satisfará; por lo tanto, éstos

son los puntos de partida apropiados para garantizar las actividades del aprendizaje del adulto”.

En ambas consideraciones de experiencias previas (si y no) se observó igual comportamiento, es decir, que el facilitador a pesar de no tomar en cuenta las experiencias previas del participante sus actividades de aprendizaje permitieron el logro de las competencias de un aprendiz adulto. Este resultado está fundamentado en los conceptos teóricos que dicen que el facilitador identifica las necesidades del educando, lo apoya y lo motiva para que éste desarrolle su autodidactismo, y asuma una actitud crítica y analítica en la adquisición del conocimiento.

Sobre la metodología más utilizada es la tradicional y la novedosa y que se logró las competencias de los cursos que se ofrecieron en el programa. La metodología utilizada en el proceso de orientación aprendizaje es fuente de motivación para aprender, desarrollar el pensamiento crítico y adquirir las competencias necesarias para desempeñar el rol por el cual se está formando.

En referencia al método de enseñanza, un porcentaje importante de los estudiantes se sintieron angustiados, lo que es preocupante porque éste es un obstáculo muy importante para la adquisición de conocimientos y de habilidades y destrezas específicas para la formación profesional.

La mayoría de los participantes tomaron en cuenta sus experiencias para asociarlas con situaciones planteadas en el desarrollo del programa, resultado que coincide con Liderman (1926) citado por Knowles (2001) cuando dicen que “la educación de adulto es un proceso que sirve para que los aprendices cobren conciencia de sus experiencias y las evalúen.

En cuanto a la participación del estudiante durante el desarrollo de los contenidos, una minoría importante manifestó que solo participaban como receptores, resultado no es compatible con la metodología andragógica, sino con la pedagógica.

En estos tres resultados del modelo conductual (6, 7, 9) se ve claramente que el facilitador aplica una de sus funciones que es aceptar al grupo como un conjunto más de recursos para el aprendizaje, descubriendo y reconociendo el bagaje con que cuentan sus integrantes.

Es importante destacar, que, aunque es bajo, un pequeño grupo de participantes refirieron se sintieron irrespetados por sus facilitadores; lo que es preocupante porque en la educación de adulto no se debe dar este fenómeno, el facilitador debe promover un clima de aceptación, reconocimiento y participación entre los educandos.

Cuando la mayoría de los participantes dicen que se utilizan ejemplos vivenciales durante el desarrollo de los contenidos es coincidente con la aplicación de la andragogía, cuando dice es un proceso por el cual los alumnos cobran conciencia de sus experiencias más importantes; y yo como investigadora, agrego los facilitadores también cobran conciencia de sus experiencias.

Casi la totalidad de los participantes manifestaron que la metodología utilizada permitió el aprendizaje crítico, siendo este uno de los objetivos de la educación de adultos: formar el pensamiento crítico en los educandos.

La mayoría de los participantes refieren que se les permitió utilizar las experiencias previas de ellos durante las clases, es un principio de la andragogía, como lo describe Liderman 1926, citado por Knowles, 2001, cuando dice que en la educación de adultos se debe permitir que los alumnos cobren conciencia de sus experiencias más importantes durante el proceso de orientación aprendizaje. El mismo resultado se dio en que la tutoría y asesoría del facilitador fueron oportunas y accesibles, siendo éste cónsono con el perfil del facilitador que dice: asumir un rol de facilitador del aprendizaje, es decir, guiar al alumno en el logro de sus aprendizajes.

Por otro lado, el proceso de evaluación indicó que la mayoría de los profesores toma en cuenta a los estudiantes. La participación de los aprendices en la evaluación ayuda a mejorar todo el proceso durante y después para los nuevos ingresos al programa. Al facilitador le ayuda para mejorar los puntos débiles que pudiera tener y a la unidad curricular para actualizar los contenidos y utilizar los métodos y técnicas didácticas según las necesidades de los participantes.

El estudio considera oportuno analizar las fortalezas y debilidades del programa de postgrado en salud y enfermedad mental referidas por los participantes. Por el número de respuestas en fortalezas en comparación con las debilidades se puede inferir que el programa es muy bueno, cuenta con los facilitadores capacitados y con experiencias. Como todos los procesos, se cuentan con debilidades que son oportunas conocerlas para establecer medidas que tengan como objetivo convertirlas en fortalezas.

Las fortalezas señaladas en su gran mayoría son concordantes con la metodología andragógica, reforzando que en el programa se utiliza la andragogía.

La educación para adultos constará de situaciones, no de temas. En el sistema académico tradicional los temas y los maestros constituyen el punto de partida, los aprendices vienen después. En la educación convencional, al estudiante se le pide que se ajuste a un currículo establecido; en la educación para adultos el currículo se elabora según las necesidades y los intereses de los estudiantes. El adulto se encuentra en situaciones muy particulares como los son su trabajo, la recreación, la vida familiar y comunitaria; situaciones que debe adaptar. (Lindeman, 1926; citado por Knowles, 2001)

CONCLUSIONES

El estudio en general refleja lo que observamos en el plano real con relación a los participantes y su percepción de la metodología, métodos y técnicas que se aplican en el proceso de orientación aprendizaje, por lo que concluyo lo siguiente:

La Educación de adultos es una realidad en la educación superior, pues todos los estudiantes son adultos y los profesores son adultos también. Por ende, el proceso de orientación, enseñanza, aprendizaje tiene que plantearse desde la perspectiva del que aprende, de las competencias que éste debe adquirir. Para ello el facilitador debe estar capacitado en metodologías para enseñar a adultos a aprender.

En los programas de la Maestría en salud y Enfermedad Mental, los participantes son adultos, algunos jóvenes y la gran mayoría adultos medios que traen un sin número de experiencias personales que nutren el proceso académico y que por lo tanto el facilitador debe tomar en cuenta en todo el proceso educativo.

El Programa de Maestría en salud y Enfermedad Mental tiene planteado como metodología que se debe seguir en el misma, la metodología andragógica, sin embargo, los resultados arrojaron que es aplicada parcialmente por la mayoría de los facilitadores.

En la metodología andragógica se debe tomar en cuenta las experiencias previas, sin embargo, sólo el 68.8% de los facilitadores las consideraron; a pesar de que todos promovieron la participación y la investigación en los estudiantes.

En la metodología andragógica el facilitador debe generar un ambiente de trabajo cómodo que invite al trabajo conjunto y armónico; sin embargo, se encontró que el 29.4% de los participantes manifestaron que se generó un clima de tensión.

En la metodología andragógica las actividades de aprendizaje deben promover el crecimiento personal, la reflexión y el análisis, aplicándose en el programa estudiado; lográndose a través de metodologías novedosas, manifestado por un 56.9%. Sin embargo, todavía hay facilitadores que siguen la metodología tradicional (37.3%).

Los modelos conductuales de los facilitadores en el desarrollo de los cursos, en la mayoría fueron positivos y apropiados para la educación de adultos.

Más de la mitad de los participantes sintieron que los tiempos para los cursos no son suficiente, refieren que es mucho material para el tiempo que se tiene programada; además de los múltiples roles que deben cumplir.

Las técnicas utilizadas por los facilitadores son variadas y la mayoría de ellas son utilizadas en la educación de adultos.

En la planificación de las actividades los facilitadores, en su mayoría, toman en cuenta las sugerencias del grupo.

RECOMENDACIONES

Una vez planteadas las conclusiones se proponen las siguientes recomendaciones:

Evaluar las debilidades planteadas por los participantes del programa y hacer las consideraciones necesarias para convertirlas en fortaleza.

Dar seguimiento a los egresados del programa para evaluar la pertinencia de este y hacer las adecuaciones curriculares de ser necesario.

Realizar una investigación cualitativa con participantes, egresados y facilitadores para conocer de viva voz como es el desarrollo del programa, con sus virtudes y sus desaciertos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Adams, F. 1970. *Andragogía: Ciencia de la educación de adultos*. Venezuela Almeida, M.; Feuerwerker, L. y Llanos,

ANEP. *Código de ética para enfermeras*. Panamá

Araúz Rovira, J.N. 1994. *Metodología de la Investigación Científica*. Guía para desarrollar investigaciones científicas y trabajos de grado. Imprenta Universitaria. Universidad de Panamá.

Fernández S., N. 2001. *Consideraciones Andragógicas en el docente de Educación a Distancia. Aportaciones de la Psicología*. Temática: *Perfil docente para la educación a distancia*. X Reunión Nacional de Educación a Distancia “Redes de Educación a Distancia: Aportación, Consolidación e Innovación” 27 al 30 de mayo del 2009, BUAP, Puebla. México

Knowles, M. 2001. *Andragogía: El aprendizaje de Adultos*. *Oxford University Press*. México.