



**UNIVERSIDAD NACIONAL
"PEDRO RUIZ GALLO"**

FACULTAD DE ENFERMERÍA



**ROL DE LA ENFERMERA(O) EN PROMOCIÓN
DE LA SALUD CON ADULTOS MAYORES.
CENTROS DE SALUD DEL DISTRITO DE
CHICLAYO. 2014**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTORAS:

Bach. Enf. Galindo Julca, Victoria Patricia.

Bach. Enf. Julón Guevara, Yessica Yuliet

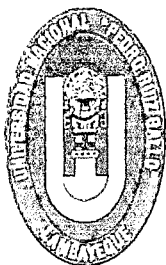
Bach. Enf. Mariño Pomares, Juliana Katherine

ASESORA:

Dra. Enf. Fanning Balarezo, María Margarita

Lambayeque - Perú

Octubre - 2014



UNIVERSIDAD NACIONAL

PEDRO RUIZ GALLO

FACULTAD DE ENFERMERÍA



**ROL DE LA ENFERMERA(O) EN PROMOCIÓN
DE LA SALUD CON ADULTOS MAYORES.
CENTROS DE SALUD DEL DISTRITO DE
CHICLAYO. 2014**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTORAS:

Bach. Enf. Galindo Julca, Victoria Patricia

Bach. Enf. Julón Guevara, Yessica Yuliet

Bach. Enf. Mariño Pomares, Juliana Katherine

ASESORA:

Dra. Enf. Fanning Balarezo, María Margarita

Lambayeque - Perú

Octubre – 2014

**ROL DE LA ENFERMERA(O) EN PROMOCIÓN DE LA
SALUD CON ADULTOS MAYORES. CENTROS DE SALUD
DEL DISTRITO DE CHICLAYO. 2014**

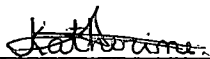
PRESENTADO POR:



Bach. Enf. Galindo Julca, Victoria Patricia
Responsable



Bach. Enf. Julón Guevara, Yessica Yuliet
Responsable



Bach. Enf. Mariño Pomares, Juliana Katherine
Responsable

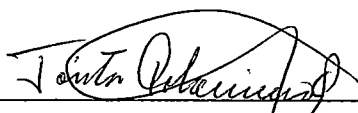
**ROL DE LA ENFERMERA(O) EN PROMOCIÓN DE LA
SALUD CON ADULTOS MAYORES. CENTROS DE SALUD
DEL DISTRITO DE CHICLAYO. 2014**

APROBADO POR:



Lic. Enf. María Lina Dávila Chévez

Presidente del Jurado



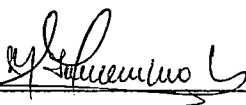
Dra. Enf. Jovita Jesús Palomino Quiroz

Secretaria de Jurado



Mg. Enf. María Isabel Romero Sipión

Vocal de Jurado



Dra. Enf. María Margarita Fanning Balarezo

Asesora de tesis

DEDICATORIA

A **Dios**, por darme la fuerza necesaria y el conocimiento para lograr la culminación de mi investigación respetando los principios éticos.

A mi **familia** con todo mi amor y cariño por motivarme a lograr mis sueños y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y agradecimiento.

A mi esposo **Iván** y a mis hijos por su paciencia, comprensión y amor durante todo el transcurrir del término de mi profesión.

A **Antony** y **Allinson**, los cuales son el motor de mi vida, para continuar con mis metas.

Victoria Patricia.

DEDICATORIA

A **Dios**, por guiarme e iluminar mi camino en esta hermosa carrera, por darme la fortaleza para continuar cuando a punto de caer he estado, él puso la fuerza necesaria para lograr la culminación de mi investigación.

A mis padres **María** y **José**, por confiar, escucharme y nunca dejarme sola, por una palabra de aliento y un sabio consejo, la ayuda económica y emocional; y brindarme la posibilidad de desarrollarme como profesional en base a principios y valores.

A mi abuela **Inés**, que aunque no se encuentre físicamente conmigo permanece su ejemplo de constancia y dedicación guiando mis pasos.

A **Julissa**, **Maryori** y **Diego**, los cuales son motivos de superación continua.

Yessica Yuliet.

DEDICATORIA

A **Dios**, por ser mi guía y compañía siempre en todo momento, y por darme sabiduría, fuerza y salud para terminar satisfactoriamente mi investigación.

A mis padres **Rosa y Bruno**, por darme la vida, por los valores inculcados, por su ternura, todo su amor y fortaleza, que con mucho esfuerzo me apoyaron para continuar en mi desarrollo personal y profesional.

A mis abuelos **Lucia y Carlos**, por haberme apoyado de manera incondicional para realizarme como profesional.

A mis hermanos **Bruno y Lucia**, por estar siempre junto a mí brindándome su apoyo y sus consejos que me ayudaron afrontar los retos y superar los obstáculos que se me han presentado a lo largo de mi vida.

Juliana Katherine.

AGRADECIMIENTO

A nuestra asesora, la Dra. Enf. María Margarita Fanning Balarezo, por su comprensión, apoyo y contribución en el planteamiento y desarrollo de nuestra tesis; además por darnos la oportunidad de crecer profesionalmente.

A las enfermeras que amablemente y con gran interés permitieron que se les realizara una entrevista; sus aportes han sido de gran utilidad por la información obtenida para este trabajo de investigación.

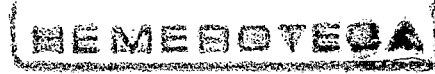
A nuestros amigos, compañeros y personas en general que contribuyeron directa o indirectamente en el desarrollo de la tesis.

A nosotras, por fijarnos una meta y alcanzar con satisfacción un logro tan grande a pesar de vivir momentos dulces y amargos, pudiendo hoy decir *“somos licenciadas”*.

Victoria Patricia.

Yessica Yuliet.

Juliana Katherine.



ÍNDICE

DEDICATORIA	01
AGRADECIMIENTO	04
RESUMEN	07
ABSTRACT	08
INTRODUCCIÓN	09
I. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	16
1.1. Antecedentes de investigación	16
1.2. Base teórico-conceptual	20
II. MARCO METODOLÓGICO	44
2.1. Tipo de investigación	44
2.2. Abordaje metodológico.....	45
2.3. Población y muestra	50
2.4. Instrumentos de recolección de datos	51
2.5. Técnicas de procesamiento y análisis de datos	52
2.6. Criterios de rigor científico	53
2.7. Principios bioéticos.....	54
III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	56
1. Educación como estrategia clave para la promoción de la salud en el adulto mayor	58
2. Comprometidos con la promoción de la salud: experiencia gratificante	69
3. Limitaciones para la promoción de la salud	75
3.1. Limitaciones intramuros	75
3.2. Limitaciones extramuros.....	82
4. Facilitando la religiosidad en el adulto mayor.....	91

CONSIDERACIONES FINALES	96
RECOMENDACIONES	99
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101
APENDICE	113
A. Consentimiento informado.....	114
B. Guía de entrevista semiestructurada a profundidad	115

RESUMEN

La progresión poblacional del adulto mayor es uno de los más grandes logros de la humanidad, pero también, uno de sus mayores desafíos. Por tal razón, el profesional de enfermería debe orientar sus cuidados hacia la promoción de la salud, para formar una cultura de autocuidado, propiciando un entorno seguro y libre de riesgos. Frente a esta problemática, se realizó esta investigación cualitativa con abordaje Estudio de Caso, con el objetivo de caracterizar y comprender el rol de la enfermera(o) en promoción de la salud con adultos mayores en los centros de salud del Distrito de Chiclayo. 2014. Participaron cinco enfermeras que laboran en el Programa del Adulto Mayor. Para la obtención de datos se aplicó la entrevista semiestructurada a profundidad, utilizándose el análisis de contenido cualitativo, emergiendo las siguientes categorías: “Educación como estrategia clave para la promoción de la salud en el adulto mayor”, “Comprometidos con la promoción de la salud: experiencia gratificante”, “Limitaciones para la promoción de la salud” y “Facilitando la religiosidad en el adulto mayor”. La Promoción de la Salud es una experiencia gratificante que facilita la religiosidad del adulto mayor. La educación es el instrumento clave, utilizándose la charla educativa con frecuencia; sin embargo, en este proceso, las enfermeras no diferencian las actividades de prevención con las de promoción de la salud, a ello se suma la sobrecarga laboral, ocasionando que frecuentemente no tomen en cuenta los aspectos culturales de estas personas. Se requiere también, que la enfermera desarrolle su competencia para la abogacía que permita efectivizar el trabajo multisectorial como estrategia de la promoción de la salud, contribuyendo con el bienestar del adulto mayor.

Palabras clave: Rol enfermero, Promoción de la salud, Adulto mayor.

ABSTRACT

The progression of the elderly population is one of the greatest achievements of mankind but also one of its greatest challenges. For this reason, the nursing professionals should orient their care towards health promotion to build a culture of self-care, encouraging safe and risk free environment. Taking all the above into consideration the qualitative research with case study approach, with main objective was to characterize and understand the nurse role in health promotion with the elderly at the health centers of Chiclayo District. 2014. Participated five nurses who are involved in the program of the work with elderly. Observation and in-depth semi-structured interview were applied for data gathering, using the analysis of the qualitative content, the following categories emerging: "Education as a key strategy for health promotion in the elderly", "Committed to Health Promotion: rewarding experience", "Limitations for health promotion" and "Facilitating religiosity in the elderly". The Health Promotion is a rewarding experience that facilitates the religiosity of the elderly. Education is the key instrument, using the educational talk frequently; however, in this process, the nurses did not differ prevention activities with the health promotion, it adds work overload, causing often do not take into account the cultural aspects of these people. It also requires that the nurse develop their competence in advocacy to effectuate multisectoral work as a strategy for promoting health, contributing to the welfare of the elderly

Keywords: Nurse role, Health Promotion, Elderly.

INTRODUCCIÓN

Enfermería en su dimensión profesional tiene como objeto profesional el cuidado del ser humano con una visión holística, tanto desde el plano de la salud como de la enfermedad, a lo largo de todo el ciclo vital. Es por ello que la salud, y su objeto, se han convertido en un problema cada vez más complejo, fruto de la interacción entre sucesos y ciclos biológicos, y sucesos y ciclos psicosociales, que necesita reflexión para ser afrontado, y probablemente se necesite de un nuevo tipo de planteamiento de carácter multidimensional. Al respecto, la disciplina de enfermería considera que la salud constituye uno de los cuatro fenómenos nucleares, de los que se compone los metaparadigmas junto con la persona, el entorno y el rol profesional.¹

Si se tienen en cuenta los cambios mundiales y regionales que determinan problemas para la salud y retos para ofrecer respuestas sociales efectivas para solucionarlos, en un mundo de cambios acelerados y complejos, los profesionales de enfermería deben desarrollar estrategias teórico-prácticas para comprender e intervenir problemas de la salud en general y los del cuidado de enfermería en particular que demandan intervenciones efectivas en los campos de la promoción de la salud.²

Un reto y desafío para el profesional de enfermería de este milenio en América Latina es enfrentarse a un modelo profesional autónomo en lo científico-técnico y en lo administrativo de la Salud Pública, que requiere de profesionales que lideren proyectos de desarrollo social y que sean además de profesionales, ciudadanos éticos en sus actuaciones.²

Hoy en día según el panorama demográfico y epidemiológico de la sociedad, caracterizada por el aumento progresivo de la expectativa de vida al nacer, la disminución de las tasas de natalidad y fecundidad, mayor prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas, neoplasias y problemas relacionados con la salud mental, ocupacional y ambiental (incluso consumo de drogas y violencia en todas sus formas), con coexistencia de problemas “antiguos” pero vigentes como las enfermedades transmisibles, requiere de una respuesta social y de Estado con abordaje integral y sostenido; que disminuya las brechas de desigualdades en las condiciones de vida y salud entre grupos poblacionales.³

Sin embargo, las Instituciones de Salud en nuestro país, priorizan el tratamiento de la enfermedad y su recuperación, minimizando la promoción de la salud. Por ello la Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS), es percibida como una dirección aislada, con objetivos propios y en competencia con las otras direcciones de línea del Ministerio de Salud (MINSA), evidenciándose una separación entre los responsables del diseño de las políticas de promoción de la salud y los responsables del diseño de las intervenciones sanitarias. A esto se añade que, en el poco tiempo transcurrido, ha existido una alta rotación de directores con el consiguiente cambio de personal al interior de la dirección, lo cual retrasa el proceso de planeamiento.⁴ Es por eso, que las políticas de salud no se encuentran bien dirigidas a lograr un bien común en la sociedad.

La promoción de la salud, debe ser considerada como una estrategia fundamental que tiene como procesos claves la descentralización, la intersectorialidad y participación comunitaria, además de considerársele como un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas

directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la Salud Pública e individual.⁴

Por ello el profesional de enfermería debe desarrollar intervenciones en base a los lineamientos del Modelo de Abordaje de la Promoción de la Salud, pero esto se ve dificultado porque en los centros de salud la carga comunitaria se ha trasladado a la asistencial y las estrategias que se realizan en los centros de salud están más dirigidos a la parte recuperativa y al tratamiento de las enfermedades, dejando de lado a la promoción de la salud con un enfoque democrático-participativo.⁵ Esto también se debe a la escasez de recursos humanos asignados a la atención de la salud, a los cambios epidemiológicos y a la creciente demanda de estos servicios, por lo que la enfermera necesita establecer prioridades acerca de dónde intervenir, con el objetivo de mejorar los beneficios y la distribución de los recursos.

Para que el profesional de enfermería, desarrolle intervenciones dirigidas a la promoción de la salud necesita habilidad y destreza para realizar el diagnóstico de enfermería certero para una intervención adecuada con el individuo, la familia y la comunidad, para poder lograr modificaciones en el comportamiento y conductas relacionadas con la salud, actividad que en general, aún no se ha alcanzado con la calidad requerida haciéndose necesario fortalecer las competencias del profesional de enfermería que brinda servicios en la comunidad en aras de encontrar el equilibrio entre el Modelo de la Promoción de Salud y la enfermería comunitaria con la práctica asistencial.

Para ello, es necesario reorientar la labor con la comunidad mediante la aplicación de estrategias educacionales propias de enfermería que desde una perspectiva socio-ecológica contribuyan a lograr una disminución de los problemas de salud que mayormente inciden en la comunidad; más aún hoy en día que la esperanza de vida ha aumentado incrementándose la población adulta mayor y con ello la necesidad del cuidado de su salud, es aquí donde el profesional de enfermería debe enfocarse para poder contribuir a que este grupo etario tenga bienestar.

Sin embargo, las necesidades del adulto mayor es vista como un problema, debido a que las políticas de atención al adulto mayor no han sido del todo realistas en su ejecución, olvidándose de incluir a tan importante grupo de la sociedad en los programas implementados por los gobiernos. De este envejecimiento poblacional, se derivan diversos problemas sociales que deben ser abordados tanto por el adulto mayor como por su familia, la comunidad y los gobiernos; problemas como la viudez, el impacto de la desincorporación del campo laboral, el deterioro en el ingreso y su repercusión sobre la calidad de vida, el rol de los adultos mayores como población económicamente pasiva, entre otros problemas que lo afectan.⁶

Es así que se sustenta la necesidad de planificar acciones concretas para la promoción de la salud con intervenciones efectivas y de impacto en la salud de esta población, siendo preciso que estas actividades se centren en las necesidades del individuo como una persona íntegra.

Teniendo en cuenta la problemática expuesta anteriormente, las investigadoras plantearon la siguiente interrogante: ¿Cómo es el rol de la enfermera(o) en promoción de la salud con adultos mayores. Centros de salud del Distrito de Chiclayo. 2014?

El objeto de estudio fue el rol de la enfermera(o) en promoción de la salud con adultos mayores; por tanto el objetivo fue caracterizar y comprender el rol de la enfermera(o) en promoción de la salud con adultos mayores en los centros de salud del Distrito de Chiclayo. 2014.

La promoción de la salud es de suma importancia debido a que su práctica constituye el trabajo con diferentes grupos etarios con el propósito de mejorar el nivel de autonomía en el cuidado de la salud de las personas, inculcando hábitos y estilos de vida saludable, porque el objetivo de la promoción de la salud es lograr que existan personas y familias saludables en comunidades saludables, todo ello justifica la siguiente investigación.

Los profesionales de enfermería desempeñan un rol dinámico; pues este cambia, a medida que cambian las necesidades de la población. Entre estas necesidades están la educación, promoción de la salud y la ejecución de programas de atención y prevención,⁷ estos propician el incremento de conocimientos acerca del fomento de la salud, los problemas de salud y sus soluciones, e influyen sobre las actitudes para apoyar la acción individual y colectiva, e incrementan la demanda efectiva de servicios de salud.⁸

Una de las principales funciones del profesional de enfermería en la promoción de la salud es fortalecer los procesos participativos, que involucren a instituciones públicas, organizaciones no gubernamentales, empresas privadas, organizaciones comunitarias y líderes comunales, en donde la ciudadanía dispone de medios abiertos y eficaces de participación ciudadana en las políticas públicas de mayor relevancia para la sociedad, siendo fundamental dicha participación. Esta línea de acción, privilegia la información, la educación sanitaria y la modificación

positiva de actitudes indispensables para vivir en forma saludable, de tal manera que se favorezca el desarrollo personal y social ya que las personas informadas, con educación sanitaria y en procesos de perfeccionamiento de actitudes para la vida, tienen mayores posibilidades de optar por aquello que propicie su salud.

Se pretende que esta investigación aporte nuevos conocimientos en beneficio de las personas, familias y comunidades, por abarcar todos los aspectos de la salud que son de interés para la profesión. El conocimiento que se genera a través de esta investigación se empleará para mejorar la práctica, la calidad de los cuidados y conseguir resultados óptimos e intervenciones de enfermería eficientes.

Esta investigación es necesaria para los centros de salud porque las consideraciones finales y recomendaciones pueden contribuir a elevar la eficiencia de la promoción de la salud en trabajo conjunto con el adulto mayor.

Es conveniente para las autoridades regionales de la Dirección de salud, municipales y gobierno local en el campo de la salud, así como para los profesionales de enfermería; porque los resultados de la investigación pueden contribuir para un mejor manejo de la promoción de la salud, ya que se necesitan personas que respondan a las demandas que exige la sociedad y que solo se puede alcanzar con personas sanas, con autonomía en el cuidado de su salud a nivel individual, familiar y comunidad y es lo que finalmente persigue la promoción de la salud.

Además es importante para los estudiantes de enfermería desde su formación académica de pregrado, asuman el compromiso de considerar a la promoción de la salud como estrategia de Salud Pública, teniendo en cuenta su

aplicación durante las prácticas hospitalarias y comunitarias, lo que redundará en la motivación al futuro hacia el trabajo preventivo promocional no solo a nivel comunitario, sino también hospitalario.

Del mismo modo la presente investigación servirá, de base para futuras investigaciones en torno al mejoramiento de la promoción de la salud.

I. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

1.1. Antecedentes de investigación:

Durante la revisión bibliografía de documentos y trabajos relacionados con el objeto de estudio propuesto, se encontraron investigaciones relacionadas, las que se detallan a continuación:

Nivel internacional:

Sánchez B. y Vaca A., en Imbabura - Ecuador en noviembre 2009 a agosto 2010, realizaron un trabajo de investigación titulado: “Competencias en atención primaria del personal de enfermería en los Equipos Básicos de salud, área Nro. 4, la cual tuvo como objetivo determinar competencias, requeridas por el personal de enfermería dentro de los Equipos Básicos de atención en Salud. Las investigadoras llegaron al siguiente resultado: la capacitación para desarrollar competencias relacionadas con el manejo de la sala situacional y los instrumentos como el mapa parlante, para el 50% del personal no fue difundida; la gestión de las competencias cuenta con una matriz de programación existiendo el 14.3% que no tiene orientación para el trabajo dentro de los EBAS, y entre los factores que limitan las acciones extramurales se encuentra la falta de medio de transporte.⁹

Ibarra C., en México en Octubre del 2012, realizó un trabajo de investigación titulado: “Evaluación de los programas de salud del adulto mayor y el profesional de enfermería de la comunidad en ciudad Victoria, México.”, la cual tuvo como objetivos evaluar las necesidades percibidas tanto del adulto mayor como del mismo personal de enfermería en relación con los programas de salud orientados hacia el adulto mayor en Ciudad Victoria, Tamaulipas, México; y

evaluar el conocimiento que tiene tanto el adulto mayor como el personal de enfermería con respecto a los programas y políticas existentes orientadas hacia el adulto mayor. Las conclusiones de este estudio es que la percepción del adulto mayor sobre la aplicación de estos programas sociales es buena, y se encuentra totalmente ligado a la obtención de los beneficios que ellos reciben. Sin embargo, desconoce totalmente los trámites que se requieren para la obtención de dichos beneficios a través de los programas implementados por los diversos órganos de gobierno. Actividades como educación para la salud, evaluación de signos vitales, técnicas somato métricas entre otras, son las fundamentales en la atención del adulto mayor. Y al respecto, el personal de enfermería refiere limitaciones para la realización de estas actividades, tanto de infraestructura como de recursos humanos y materiales.¹⁰

Nivel nacional:

Quispe R., en Lima - Perú en el año (2007) realizó un trabajo de investigación titulado: “Función educativa de la enfermera en la promoción de la salud. Microred Chancas de Andahuaylas DISA IV. Lima - Este.”, la cual tuvo como objetivo analizar la función educativa de la enfermera en la promoción de la salud en la Microred Chancas de Andahuaylas, de la DISA IV. Las conclusiones de este estudio resaltan que en la planificación de las actividades educativas que realizan las enfermeras se observó que la elaboración de diagnósticos y objetivos lo hacían con poca frecuencia, así mismo poco interés en la difusión de previa de dichas actividades y sobretodo poca comunicación con el poblador y la colectividad, lo que conlleva al desconocimiento de las reales necesidades de aprendizaje de la población.¹¹

Nivel local:

Salgado F., en Chiclayo – Perú en Agosto del 2009, realizó un trabajo de investigación titulado: “Mejoramiento del autocuidado del adulto mayor del Pueblo Joven Luis Alberto Sánchez - Chiclayo, Perú.”, la cual tuvo como objetivo analizar, discutir y mejorar el autocuidado del adulto mayor del Pueblo Joven Luis Alberto Sánchez. Las conclusiones de este estudio resaltan que la utilización de la Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem en el grupo de adultos mayores participantes permitió dirigir la atención para el propio cuidado, así como organizar y aplicar la metodología de Investigación Acción Participación, ayudando de esta manera a optar por el cambio de conductas y que conllevó a estilos de vida saludables basados en el autocuidado.¹²

Munarriz A, Rojas M, Rojas M., en Chiclayo - Perú en el año (2012) realizaron un trabajo de investigación titulado: “Aplicación del modelo de promoción de la salud por las enfermeras de la Microred Chiclayo. Setiembre 2010 - Febrero 2012”, la cual tuvo como objetivo analizar la aplicación del modelo de promoción de la salud por las enfermeras de la Microred Chiclayo. Las conclusiones de dicho estudio resaltan que las enfermeras que laboran en esta Microred del primer nivel de atención no tienen un conocimiento precisos sobre el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender; a pesar de ello se pudo evidenciar que realizan sus acciones de promoción de la salud en forma empírica sin tener un base conceptual lo que no es un factor limitante de actividades de promoción pero si desacredita la visión de la enfermería actual el no basar su cuidado holístico bajo fundamento científico.¹³

Villena L., en Chiclayo – Perú en el año (2012) realizó un trabajo de investigación titulado: “Estrategias de promoción de la salud en la atención integral del adulto – Policlínicos de EsSalud, Chiclayo 2011”, la cual tuvo como objetivo conocer, describir, analizar y evaluar estrategias de promoción de la salud que se ejecuten en la atención integral del adulto en Policlínicos de EsSalud. Las conclusiones de este estudio resaltan que la promoción de la salud es fomentar estilos de vida saludables y la educación para la salud es a su vez una estrategia de promoción de la salud que se utiliza en la atención integral al adulto en búsqueda de generar un cambio de actitud en este grupo etario.¹⁴

Salazar Y., en Chiclayo - Perú en Febrero del 2014, realizó un trabajo de investigación titulado: “Significado del cuidado de la dimensión espiritual para enfermeras que asisten a personas post operadas de cirugía cardiovascular.”, la cual tuvo como objetivo analizar y construir el significado del cuidado de la dimensión espiritual para las enfermeras que asisten a personas post operadas de cirugía cardiovascular, en el servicio de Cardiología-Cirugía de Tórax-Otorrinolaringología del Hospital Nacional - “Almanzor Aguinaga Asenjo” - Chiclayo. Las conclusiones de este estudio resaltan que es importante señalar que la familia juega un rol central, trabajar psicoeducativa con ella mejora la atención del enfermo mitigando el dolor de ambos. A su vez esta esfera envuelve el cuidar fomentando el perdón, el autoperdón, la unión y la solidez familiar. Cabe resaltar que cuando la muerte está cercana o cuando algunas personas han experimentado momentos donde existe peligro relacionado con el fin de la vida, estas personas tienden a autoculparse de situaciones de responsabilidad en su enfermedad y de las conductas que quizás no hicieron. Es una función de enfermería la creación de

modos y estrategias de afrontamiento eficaz ante el sufrimiento y el dolor espiritual, siendo una de ellas el cuidar permitiendo el acompañamiento terapéutico de los familiares y amigos, y facilitando la ayuda emocional a los mismos.¹⁵

1.2. Bases teórico-conceptual:

La historia de la promoción de la salud, se originó en la cultura occidental con el desarrollo de la Salud Pública, nace con las creencias y prácticas para evitar enfermarse (amuletos, talismanes, hechizos, etc.), que han existido desde tiempos primitivos y aún persisten en algunas culturas, siendo prueba de que la población intenta conservar su salud.¹⁶

La construcción teórico-práctica de la promoción de la salud, inició con Henry Sigerist¹⁶ uno de los más brillantes salubristas, el cual en 1945 planteó por primera vez el término promoción de la salud, definiéndola a las acciones basadas en la educación sanitaria, por un lado, y a las acciones del estado para mejorar las condiciones de vida, por el otro. Además definió cuatro términos importantes como: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, restauración del enfermo, y rehabilitación.¹⁷

En 1974, la promoción de la salud se presenta como un área de trabajo denominado "Una nueva perspectiva de la salud de los Canadienses", conocido como el Informe Lalonde; considerando a la promoción de la salud como una estrategia gubernamental, dirigida a la resolución de los problemas de salud.¹⁷

En Ottawa, Canadá, se celebró en 1986 la Primera Conferencia internacional de la promoción de la salud, que dio lugar a lo que hoy se conoce como la "Carta

de Ottawa para la Promoción de la Salud”. En esta se llegó a una definición consensuada de promoción de salud:¹⁸

... “La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana.”... ¹⁸

[pág.: 1]

Los aportes esenciales de la Carta de Ottawa son: 1) énfasis en la perspectiva sociopolítica de la salud. Se concibe a la salud no solo como ausencia de enfermedad sino que el resultado del desarrollo humano, social, económico y político; 2) sintetiza los enfoques orientados a individuos como a las colectividades y los enfoques de promoción de la salud basados en determinantes específicos de la enfermedad con determinantes generales; 3) redimensiona la participación social como eje central de la promoción de la salud ; 4) redefine el enfoque tradicional de la educación en salud, eminentemente pasivo, hacia un enfoque que promueve la participación reflexiva activa y crítica y el desarrollo de capacidades y habilidades en el control de los individuos sobre su salud y sus determinantes; 5) orienta las actividades de los servicios más allá de la atención curativa hacia una atención que contemple la promoción de la salud , no sólo como responsabilidad del sector sino también, de individuos, comunidades y otros sectores.¹⁸

En el Perú en el año 2002 se crea la Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS), esta instancia asumió la responsabilidad nacional de formular las políticas y normativas, conducir la gestión, contribuir al desarrollo de capacidades institucionales y facilitar el financiamiento de las iniciativas de promoción de la salud en la red de establecimientos de salud; el objetivo de dicho esfuerzo constituye la mejora de la calidad de vida en la población peruana.³ Tal dirección conceptúa la promoción de salud como:

*... “Un proceso que busca desarrollar habilidades personales y generar los mecanismos administrativos, organizativos y políticos que faciliten a las personas y grupos tener mayor control sobre su salud y mejorarla. Busca lograr un estado de bienestar físico, mental y social, en el que los individuos y/o grupos puedan tener la posibilidad de identificar y lograr aspiraciones, satisfacer necesidades y poder cambiar o hacer frente a su entorno” ...*¹⁷ [pág.: 11]

Esta dirección plantea las políticas de promoción de la salud en el Perú. El MINSA viene desarrollando esfuerzos colectivos para reorientar el modelo de atención de salud, publicándose en el año 2002 el documento “Lineamientos de Políticas para el sector salud 2002 - 2012”, en el que destaca el rol protagónico de promoción de la salud y de la atención integral para alcanzar salud y equidad en la población.³

El primer lineamiento: desarrollar alianzas intersectoriales para la promoción de la salud, siendo sus acciones estratégicas: promover que la salud es una responsabilidad compartida, coordinada con los municipios, las escuelas y otras instituciones en el ámbito local para favorecer el desarrollo de entornos y estilos de

vida saludables; incorporar la promoción de la salud en la agenda pública, en las políticas y planes de desarrollo local; crear condiciones para promover la salud y hacer partícipe a todos los integrantes de la comunidad.¹⁷

Segundo lineamiento: mejorar las condiciones del medio ambiente, siendo sus acciones estratégicas: propiciar el compromiso de autoridades políticas, instituciones públicas y privadas y de la sociedad civil para mejorar las condiciones del ambiente de la comunidad; comprometiéndolo a los pobladores a defender, cuidar y desarrollar un ambiente saludable.¹⁷

Tercer lineamiento: promover la participación comunitaria conducente al ejercicio de la ciudadanía, siendo sus acciones estratégicas: reconocer y revalorar el rol de los promotores de salud y agentes comunitarios como actores clave para la promoción de la salud; incorporar el tema de promoción de la salud en la agenda de las Redes Sociales existentes, hacer partícipe a las comunidades en el desarrollo de una cultura ciudadana en salud.¹⁷

Cuarto lineamiento: reorientar los servicios de salud con enfoque de promoción de la salud, siendo sus acciones estratégicas: implementar nuevas formas de organización de servicios que incorporen el enfoque de promoción de la salud en los ámbitos intra y extramural; desarrollar competencias entre el personal de los servicios para que brinde atención con enfoque de promoción de la salud; generar evidencias de la efectividad de las intervenciones en promoción de la salud que aporten información relevante para el diseño de políticas saludables; y los servicios de salud deberán desarrollar estrategias que contribuyan a garantizar el derecho a la vida y la salud a lo largo del ciclo vital.¹⁷

Quinto lineamiento: reorientación de la inversión hacia la promoción de la salud y el desarrollo local, siendo sus acciones estratégicas: los ámbitos locales deberán desarrollar estrategias de abogacía para involucrar a otros actores sociales en el compromiso de reasignar recursos para incrementar niveles de bienestar y calidad de vida; dentro del sector salud los diversos niveles operativos deberán asignar en forma creciente, promoviendo su uso racional.¹⁷

La DGPS, desarrolló un marco de referencia denominado “Modelo de Abordaje de la Promoción de la Salud”, que contiene las bases teóricas y metodológicas, para orientar las intervenciones de promoción de la salud en el nivel nacional, regional y local. Este modelo considera al desarrollo humano como fin último a alcanzar por la promoción de la salud y trata de recuperar la integridad del ser humano al momento de estructurar la respuesta social en salud, colocando a la persona y su familia como el centro de nuestra misión, respetando la realidad heterogénea del país. En concordancia con los lineamientos del sector, el Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud tiene como referente inmediato al Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), propiciado por el MINSA, el abordaje de promoción de la salud tiene como estrategia importante la participación ciudadana en los distintos escenarios, con énfasis en los niveles más locales, potenciando el proceso de descentralización.¹⁷

El Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud reconoce a las personas en su carácter multidimensional, como seres biopsicosociales, inmersos en un complejo sistema de relaciones políticas, sociales, culturales y eco-biológicas. Este abordaje tiene como punto de partida a la población, con y hacia la cual se dirigen las acciones de promoción de la salud, desarrollando habilidades personales y redes

sociales que le permitan generar cambios y tener un mayor control sobre los determinantes que influyen en su salud.¹⁷

Población sujeto de intervención: El modelo considera tres dimensiones en la población sujeto de intervención:

La persona en sus diferentes etapas de vida

Los esfuerzos en promoción de salud se dirigen a mejorar la salud, calidad de vida y el bienestar de la población durante todas las etapas de su vida, en donde se van a presentar necesidades de salud con un enfoque biopsicosocial y que involucran aspectos psicológicos, sociales, culturales y de relación con el entorno y su medio ambiente. Por consiguiente, se les considera determinantes sociales que afectan la salud.

Etapas de vida niño: mujeres y varones (de 0 a 9 años): La niñez, es considerada la base principal de las intervenciones en promoción de la salud; tienen el propósito de proteger los derechos y el potencial cognitivo, emocional, social y físico, de las niñas y niños, lo que asegurará mejores resultados en las intervenciones siguientes por etapas de vida.

Etapas de vida adolescente: mujeres y varones (de 10 a 19 años): En esta etapa surgen nuevas relaciones y posibilidades de desarrollo, que dan origen a su vez a nuevos comportamientos. Las decisiones que adopten y las relaciones que establezcan influirán su salud y su desarrollo físico-psico-social y les afectará durante toda su vida. Es una época en la que se requiere nuevas competencias y conocimientos. Es importante que en esta etapa de vida las intervenciones tengan

un componente para el desarrollo de habilidades individuales y la generación de oportunidades en el entorno.

Etapa de vida adulto: mujeres y varones (de 20 a 59 años): Las intervenciones educativas en esta etapa de vida repercuten positivamente en los hábitos, comportamientos familiares, cada vez que la intervención sea directamente sobre los jefes de familia.

Etapa de vida adulto mayor: mujeres y varones (de 60 a más años): Las personas comprendidas en esta etapa de vida constituyen un grupo importante para intervenciones preventivas promocionales en hábitos saludables. Es importante que todas las intervenciones diseñadas tengan como propósito mejorar la calidad de vida.

La familia: es un espacio de socialización importante que influye en la adopción de hábitos, estilos y comportamientos relevantes a la salud y bienestar. Las personas ven a la familia como su entorno más próximo y donde construyen valores, modos de interpretación, percepciones, orientaciones, modos de conducta, protección ante los desafíos de la vida diaria y otros considerados de importancia en el proceso de salud y bienestar. Las acciones de promoción enfatizan la función de la familia como fundamental en la generación de autonomía, ciudadanía, respeto, comunicación, socialización, participación y empoderamiento social, lo que a su vez incrementan la eficacia de sus intervenciones.

La comunidad: es un aliado fundamental para el desarrollo de acciones de promoción de la salud y bienestar de las personas. La comunidad con su participación, reflexión, cooperación y movilización, favorece y hace sostenible las

intervenciones que contribuyen al desarrollo local y alcanzar resultados intermedios y finales de salud. Dentro de la comunidad, las redes sociales representan formas de organización social, y su presencia contribuye a la articulación de acciones integrales de promoción de salud.

Las redes sociales operan dentro de las sociedades como nexos de interrelación entre las personas o grupos organizados, constituyendo esfuerzos organizados para aspirar a mejores condiciones de vida y de salud. Las estrategias y acciones en promoción de la salud, basadas en la participación social e intersectorial, interactúan de manera continua con las redes sociales para conseguir cambios significativos en la calidad de vida de la población.

Escenarios

Los escenarios brindan la oportunidad de intervenciones de amplio alcance que pueden estar dirigidas a un cambio relacionado tanto de la conducta orientada a la salud, como del entorno, con la finalidad de alcanzar niveles adecuados de salud. Los escenarios claves identificados por el Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud son:

La vivienda: La vivienda más allá del espacio físico, constituyéndose en parte del entorno de las personas, cuyas características influyen en el bienestar y la salud de las familias. La vivienda como espacio físico, comprende los materiales que la componen, la calidad de los mismos, sus condiciones de saneamiento, su micro localización geográfica y social.

Los principales efectos sanitarios adversos derivados de la mala vivienda son debidos a la falta de sistemas de saneamiento, humedad, moho, mala calidad

del aire, contaminación acústica, deficiencias de construcción que posibilitan los accidentes y los daños en caso de terremotos, materiales de construcción insalubres incluido el amianto y las pinturas a base de plomo.

Las viviendas deben tener características en concordancia a los requisitos mínimos que garantice el pleno ejercicio del acto de morar, ampliando y mejorando la calidad del espacio y de la vida, propiciando la convivencia armónica y la dignidad humana. La vivienda es, en suma, el escenario donde se desarrollan los procesos culturales, económicos y sociales, donde las acciones de promoción de la salud cobran vigencia y relevancia.

La institución educativa: Las instituciones educativas son escenarios privilegiados para la formación y difusión de una cultura de la salud en los alumnos y padres de familia, y desde allí hacia la familia y comunidad. Como institución representativa de la educación en su localidad, es responsable de la construcción de espacios de desarrollo, saludables y sostenibles en el tiempo; por ello, la institución educativa es considerada un escenario estratégico para promover la construcción de una cultura de la salud, desde la comunidad educativa hacia la comunidad en general.

Estos escenarios deben reunir condiciones físicas, sanitarias, ambientales, emocionales y afectivas, para que las niñas y niños desarrollen sus aptitudes y actitudes adecuadamente. Por consiguiente, es importante que cuenten con aulas amplias, espacios físicos y mobiliarios adecuados, iluminación, baterías sanitarias acordes con la edad, espacios de recreación y seguridad; a eso debe sumarse la promoción de hábitos alimentarios saludables, de higiene, estilos de vida saludables con el afán principal de mejorar la calidad de vida de las niñas y niños.

El municipio: Un municipio saludable es aquel en el que sus autoridades, instituciones, organizaciones públicas y sociedad civil, se esfuerzan por mejorar las condiciones de vida, vivienda, educación, alimentación, trabajo y cultura de la población, en relación armoniosa con su entorno, fortaleciendo lazos de solidaridad y equidad. Los municipios saludables contribuyen a crear condiciones favorables para desarrollar acciones de promoción de la salud a partir del compromiso de los alcaldes, autoridades regionales y de otros sectores públicos de la localidad con la finalidad de generar comunidades saludables mediante políticas públicas saludables e insertar la salud en las agendas públicas.

El centro laboral: La promoción de la salud en los lugares de trabajo tiene como objetivo el bienestar y mejoramiento de la salud de los trabajadores. El logro de este objetivo redundará también en beneficios para la institución como un aumento de productividad, reducción de los gastos en salud y del ausentismo y el mejoramiento de la imagen de la empresa. Los trabajadores pasan al menos una tercera parte de su vida en el trabajo, por consiguiente, se constituye en un escenario de importancia para la salud pública.

Priorización de ejes temáticos

A fin de dar respuestas a las principales necesidades de la población detectadas en las diversas etapas de desarrollo, se han priorizado ejes temáticos que constituyen el contenido conceptual clave a ser abordados en los diferentes escenarios.

Sin embargo, la priorización de ejes temáticos deberá estar en concordancia con cada una de las necesidades sanitarias locales y regionales identificadas, en

tanto el Perú es un país con diversidad geográfica, cultural, social y económica; y cada región enfrenta retos particulares para mejorar las condiciones de salud de su población.

Los ejes temáticos se implementan a través de los cuatro programas de promoción de la salud, en base a criterios de priorización por escenarios y población objetivo. Los ejes temáticos priorizados son:

Promoción de la alimentación y nutrición saludable: debe buscar que los individuos como miembros de una familia, adopten prácticas alimentarias adecuadas que favorezcan su bienestar físico, mental y social para mejorar su calidad de vida y desarrollo humano; incidiendo en los componentes de la seguridad alimentaria, es decir la promoción al acceso, a la disponibilidad y a la utilización de los alimentos; a través de estrategias de abogacía y políticas públicas, de generación de espacios de concertación con los gobiernos locales, regionales y el estado; el establecimiento de alianzas estratégicas con la sociedad civil, el fomento de la participación comunitaria y la educación y comunicación para la salud.

Por tanto, la promoción de la alimentación y nutrición saludable pretende actuar sobre los factores que intervienen en la seguridad alimentaria y también en el fomento de comportamientos y hábitos en alimentación y nutrición saludable que nos permitan llevar una vida sana y productiva.

Promover alimentación y nutrición saludable significa desarrollar esfuerzos a nivel de todos los actores sociales involucrados para generar condiciones desde la disponibilidad, acceso y utilización (consumo) de los alimentos, que favorezcan una

calidad de vida justa y digna, siendo el acceso a los alimentos un derecho inherente a las personas.

Higiene y ambiente: Las prácticas de higiene permiten a la población la minimización de exposición a factores de riesgo para su salud y bienestar. La adopción de comportamientos saludables relacionados a la higiene es útil para preservar y mejorar la calidad de vida. La relación de la higiene con problemas de salud (diarreas, helmintiasis, zoonosis, entre otras) es ancestral, siendo necesarias la búsqueda y adopción de conductas saludables (lavado de manos con agua y jabón en momentos esenciales, higiene, cuidado personal) a nivel individual y familiar.

Para determinar las intervenciones óptimas de promoción en higiene y ambiente saludable se requiere identificar a nivel local la situación de las condiciones estructurales, subyacentes en forma inmediata, a fin de formular las estrategias y acciones necesarias; facilitando el proceso de participación social, la visión compartida; la planificación, el monitoreo y evaluación participativa de las intervenciones para mejorar el estado de salud de la población.

Es de vital importancia proveer acceso a cantidades suficientes de agua segura e instalaciones para la disposición sanitaria de excretas y promover prácticas seguras de higiene. En tal sentido el agua se convierte no solo en fuente de vida y desarrollo, sino también generan movilización social y participación comunitaria para la elaboración y financiamiento de proyectos de inversión que solucionen y promuevan la práctica saludable, y mejora del entorno.

La promoción de la salud puede contribuir en dos grandes propósitos: fomentar la generación de políticas públicas saludables para mejorar el ambiente

(agua potable y segura, saneamiento, disposición sanitaria de excretas, eliminación de residuos sólidos, descontaminación del agua, suelo y aire) y promover la adopción de prácticas efectivas de higiene, que promuevan el auto cuidado de la salud; vale decir que existe un propósito de lograr comportamientos saludables y desarrollar entornos saludables.

Actividad física: Una actividad física moderada realizada regularmente beneficia la salud. Los principales beneficios del ejercicio sobre la salud tienen que ver con la prevención de los problemas cardiovasculares.

Para la OMS, la actividad física es una de las prácticas de mayor relación con condiciones de vida saludables, en oposición al sedentarismo, la alimentación inadecuada y el tabaquismo, que son factores de impacto negativo sobre la salud especialmente de las dolencias crónicas no transmisibles. La actividad física también es importante desde el punto de vista psicológico. Efectivamente, una actividad física enérgica practicada de manera regular reduce los sentimientos de stress y ansiedad.

La actividad física al ser un comportamiento humano puede ser practicada dentro de la rutina de lo cotidiano y en diversos momentos y lugares del propio desarrollo de la vida, por ejemplo puede ser practicada en el hogar, el trabajo y otros lugares más.

Salud sexual y reproductiva: La salud reproductiva es el estado general de bienestar físico, mental y social, y no de ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el aparato reproductor y sus funciones. La salud

sexual es la capacidad de disfrutar y expresar la sexualidad, sin coerción, violencia y discriminación.

La promoción de la salud promoverá el acceso a los derechos a la salud sexual y reproductiva, a través de una información oportuna que facilite la toma de decisiones para una sexualidad y maternidad responsable y voluntaria.

Habilidad para la vida: La promoción de las habilidades para la vida permite a las personas adquirir competencias necesarias para enfrentar los grandes retos y construir su proyecto de vida. En el campo de la promoción, las habilidades para la vida favorecen comportamientos de vida saludables en las diferentes etapas del ser humano.

Las investigaciones realizadas en la última década han demostrado que los programas educativos basados en el enfoque de "Habilidades para la Vida" son efectivos para promover conductas deseables, tales como la socialización, la mejora de la comunicación, la toma efectiva de decisiones, la solución de conflictos y la prevención de conductas negativas o de alto riesgo, tales como el uso de tabaco, alcohol u otras drogas, sexo inseguro y violencia.

Seguridad vial y cultura de tránsito: La seguridad vial es un desafío multisectorial y de la salud pública, refleja los esfuerzos conjuntos de las instituciones de gobierno, instituciones no gubernamentales, académicas, y de la sociedad civil por favorecer comportamientos y entornos favorables para la reducción del impacto negativo de las lesiones por tránsito en la población. Las acciones de seguridad vial se destinan a ofrecer el mismo grado de protección a todos los usuarios de la vía pública.

Desde la promoción de la salud, la seguridad vial y cultura de tránsito son temas de trabajo para desarrollar capacidades de convivencia entre individuos, involucrando a los gobiernos locales e implementación de políticas locales coherentes, concertadas y viables para favorecer comportamientos y entornos seguros de tránsito.

La seguridad vial y cultura de tránsito requiere de la participación ciudadana responsable para concientizar y promover comportamientos seguros; requiriendo un esfuerzo coordinado intersectorial y una legislación suficientemente coherente con el propósito de favorecer su cumplimiento en diversos escenarios y condiciones. El sector salud es el llamado a liderar y conducir los esfuerzos desde las instituciones de gobierno para afrontar este desafío y contribuir a una vida saludable en la población.

Promoción de la salud mental, buen trato y cultura de paz: La salud mental cobra importancia para las personas y la sociedad. A nivel individual, la salud mental permite a las personas fomentar su potencial intelectual y emocional, desempeñando sus funciones en la vida social, académica y profesional. La salud mental representa para la sociedad la mejora del bienestar social y económico.

La UNESCO en su Resolución A/RES/52/13, del 15 de enero de 1998, expone que una cultura de paz está basada en los principios enunciados en la Carta de las Naciones Unidas y en el respeto de los derechos humanos, la democracia y la tolerancia, la promoción del desarrollo, la educación para la paz, la libre circulación de información y la mayor participación de la mujer como enfoque integral para prevenir la violencia y los conflictos, y que se realicen actividades

encaminadas a crear condiciones propicias para el establecimiento de la paz y su consolidación.

La Cultura de Paz trata de resolver los problemas a través del diálogo, la conciencia de los otros, mediante el amplio y libre flujo de ideas, la negociación y la mediación, a fin de lograr que la guerra y la violencia sean imposibles.

Enfoques transversales

Considerando que el fin máximo de la promoción de la salud persigue el desarrollo humano y la mejora de la calidad de vida, todo el modelo está sustentado en enfoques que fundamentan y orientan su accionar de manera transversal a todo el proceso. Estos enfoques son:

Equidad y derechos en salud: El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce que el derecho a la salud se debe interpretar como un derecho inclusivo que no solo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones de trabajo seguras y sanas, un medio ambiente sano y el acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud.

La equidad en salud no concierne únicamente a la salud, vista aisladamente, sino que debe abordarse desde el ámbito más amplio de la imparcialidad y la justicia de los acuerdos sociales, incluida la distribución económica, y prestando la debida atención al papel de la salud en la vida y la libertad humana.

La equidad se consigue eliminando las diferencias innecesarias, evitables e injustas, que restringen las oportunidades de las personas a acceder al derecho de bienestar. En este contexto, la promoción de la salud busca identificar los factores que favorecen la inequidad, para proponer acciones que alivien sus efectos, a la vez que actúa como agente de cambio para la inducción de transformaciones radicales en las actitudes y conductas de la población y actores claves.

Equidad de género: El género identifica las características socialmente construidas que definen y relacionan los ámbitos del ser y quehacer femenino y masculino dentro de contextos específicos, también vincula a hombres y mujeres dentro de relaciones de poder sobre los recursos. Estas construcciones culturales y subjetivas que conforman el género se manifiestan en una valoración desigual, en relación de dominio y subordinación, en acceso y control diferencial de los recursos, suponen desventajas en todos los ámbitos para las mujeres (incluida su salud), así como costos en la salud de los hombres.

La construcción social de lo permitido y prohibido para hombres y mujeres, influyen en diferentes tipos de conocimientos, actitudes y comportamientos frente a la protección de la propia salud y la de los demás. Asimismo estas relaciones de dominación y subordinación entre hombres y mujeres, permite entender la violencia de género, que implica riesgos para la salud y hasta para la vida de muchas mujeres en nuestro país.

El propósito de generar igualdad de oportunidades para hombres y mujeres en el sector salud tiene por finalidad lograr una mayor equidad en la atención de salud del hombre y la mujer, modificando los estereotipos de género que afectan la autoestima del hombre y la mujer, repercutiendo en su salud integral y desarrollo

humano. Igualmente implica favorecer procesos que brinden iguales oportunidades para decidir sobre su cuerpo, sexualidad y vida.

Interculturalidad: El enfoque intercultural en promoción de la salud reivindica la necesidad de desarrollar tanto valores de solidaridad y respeto, como competencias y habilidades (en los prestadores de salud) que permitan reconocer en la relación con “el otro”, que son justamente las diferencias culturales, sociales, económicas y lingüísticas las que componen el complejo telón de fondo sobre el cual se construyen los procesos de salud - enfermedad de la población peruana.

Esto permitirá comprender en su real dimensión las variables que afectan sus condiciones de vida y su estado de salud. Asimismo debería permitir identificar los aspectos culturales y de estilos de vida individuales y colectivos que contribuyen a que se adopten prácticas de vida saludables en regiones y poblaciones particulares. En ese sentido se requiere incorporar de manera sistemática, estrategias de identificación de factores protectores, individuales y colectivos, sociales y culturales que potencialmente puedan contribuir a incrementar las condiciones, de diversa naturaleza, que sean favorables a los estados de salud, calidad de vida y desarrollo humano y comunitario.

Estrategias de promoción de salud

Las estrategias son el conjunto de acciones ordenadas, integrales y sinérgicas, que se convierten en herramientas indispensables para el desarrollo de acciones de promoción de la salud.

Como parte del modelo, se ha considerado como estrategias claves:

Abogacía y políticas públicas: La abogacía o promoción y defensa pública es un conjunto de acciones dirigidas a quienes toman decisiones para apoyar una causa política específica. Está siempre dirigido a influir en políticas, leyes, normas, programas u obtener financiamiento. Las decisiones se toman en los niveles más altos de las instituciones del sector público y privado. (MINSA, 2005)

La abogacía es una estrategia que combina acciones individuales y sociales destinadas a superar resistencias, prejuicios y controversias; y a conseguir compromisos y apoyo para las políticas de salud, aceptación social y apoyo de los sistemas para un determinado objetivo o programa de salud. Para la OMS, la política pública que favorece la salud es una de las estrategias centrales de la promoción de la salud. En el marco de la promoción de la salud interesa el desarrollo de políticas públicas saludables.

La OMS (2002) define a la política pública saludable como “aquella que se dirige a crear un ambiente favorable para que la gente pueda disfrutar de una vida saludable”.

Las políticas públicas aplicadas al conjunto de sectores que influyen en los factores determinantes de la salud constituyen importantes vehículos para reducir las inequidades sociales y económicas como por ejemplo, el acceso equitativo a bienes y servicios, entre ellos, a la atención de salud y las condiciones de vida saludable.

Comunicación y educación para la salud: Para construir procesos eficaces para el desarrollo de comportamientos saludables, debe aplicarse metodologías de educación y comunicación para la salud en diversos escenarios y en los espacios individual, familiar y comunitario. Esto resulta clave para asegurar que los grupos objetivo de las intervenciones educativo comunicacionales adopten nuevos comportamientos saludables y que estos sean incorporados en sus prácticas cotidianas. Asimismo, resulta importante desarrollar procesos de formación y de desarrollo de competencias en el personal de salud, tales como metodología de planeamiento estratégico de comunicación educativa y mercadeo social.

Participación comunitaria y empoderamiento social: En promoción de la salud, la participación comunitaria es un proceso por el cual los individuos y las familias toman a cargo su propia salud y su bienestar, y de la comunidad que forman parte. Gracias a esta participación, los individuos y los grupos sociales pueden incrementar sus responsabilidades en salud contribuyendo a un desarrollo más global.

La participación comunitaria está estrechamente ligado al empoderamiento ciudadano, proceso mediante el cual los individuos obtienen control de sus decisiones y acciones relacionadas con el bienestar personal y social; expresan sus necesidades y se movilizan para obtener mayor acción política, social y cultural para responder a sus necesidades, a la vez que se involucran en la toma de decisiones para el mejoramiento de su salud y de la comunidad.

Se refiere al proceso de autodeterminación por el cual las personas o comunidades ganan control sobre su propio camino de vida. Se trata de un proceso

de concientización (tomar conciencia de todos los factores que influyen sobre la vida de las personas) y liberación (ganar poder de decisión sobre su propio destino).

Intersectorialidad: La intersectorialidad es la integración de distintos ámbitos y distintos actores representativos de las instituciones y organizaciones de la sociedad, que inician un proceso de diagnóstico, planificación, ejecución y toma de decisiones de asuntos que se consideran de importancia para el desarrollo social.

La justificación de la acción intersectorial de la promoción de la salud responde justamente a la comprensión de la relevancia de los determinantes fundamentales de la salud, los cuales dependen de diferentes sectores y la necesidad de reducir las brechas persistentes en el estado de salud de la población.

La promoción de la salud propicia el cambio en los paradigmas en salud, a tal punto que una de las teóricas más importantes en la promoción de la salud es Nola Pender con su “Modelo de promoción de la salud”, para esta teórica de enfermería el modelo de promoción de la salud tiene un aspecto amplio, interviniente en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud. Este modelo está inspirado en dos sustentos teóricos: la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather.¹⁹

El primero postulado resalta la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e incorpora aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual, reconoce que los factores psicológicos influyen en los comportamientos de las personas. Señala cuatro requisitos para que éstas aprendan y modelen su

comportamiento: atención (estar expectante ante lo que sucede), retención (recordar lo que uno ha observado), reproducción (habilidad de reproducir la conducta) y motivación (una buena razón para querer adoptar esa conducta).¹⁹

El segundo sustento teórico, afirma que la conducta es racional, considera que el componente motivacional clave para conseguir un logro es la intencionalidad, encontrado una intención clara, concreta y definida por conseguir una meta, aumenta la probabilidad de lograr el objetivo; la intencionalidad, entendida como el compromiso personal con la acción, constituye un componente motivacional decisivo, que se representa en el análisis de los comportamientos voluntarios dirigidos al logro de metas planeadas.¹⁹

El Modelo de Promoción de la Salud plantea las dimensiones y relaciones que participan para generar o modificar la conducta promotora de la salud, es la expresión de la acción dirigida a los resultados de la salud positiva, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva.

Los principales supuestos de esta teoría de promoción de la salud son: 1) las personas buscan crear condiciones de vida mediante las cuales puedan expresar su propio potencial de salud humana. 2) tienen la capacidad de poseer una autoconciencia reflexiva, incluida la valoración de sus propias competencias. 3) valoran el crecimiento en las direcciones observadas como positivas y el intento de conseguir un equilibrio personalmente aceptable entre el camino y la estabilidad 4) los individuos buscan regular de forma activa su propia conducta. 5) las personas interactúan con el entorno teniendo en cuenta toda su complejidad biopsicosocial, transformando progresivamente el entorno y siendo transformados a lo largo del tiempo. 6) los profesionales sanitarios forman parte del entorno interpersonal, que

ejerce influencia en las personas a lo largo de su vida y 7) la reconfiguración iniciada por uno mismo de las pautas interactivas de la persona-entorno es esencial para el cambio de conducta.²⁰

Este modelo desarrolla metaparadigmas como:²¹

Persona: es el individuo y el centro de la teorista. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.

Enfermería: el bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, la responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de los ciudadanos, y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal.

Salud: estado altamente positivo. La definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general.

Entorno: no se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo-preceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.

La aplicación del Modelo de Promoción de la Salud de Pender, es un marco integrador que identifica la valoración de conductas en las personas, de su estilo de vida, del examen físico y de la historia clínica, estas actividades deben ayudar a que las intervenciones en promoción de la salud sean pertinentes y efectivas y que la información obtenida refleje las costumbres, los hábitos culturales de las personas en el cuidado de su salud.²²

El Modelo de Promoción de la Salud se integra en la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores, la cual tiene como finalidad mejorar la atención integral de salud que se brinda a las personas adultas mayores (PAMs) en los establecimientos de salud públicos y privados, en un marco de respeto a los derechos, equidad de género, interculturalidad y calidad, contribuyendo a un envejecimiento activo y saludable. Tiene como objetivo establecer la normatividad técnico-administrativa para la atención integral de salud de las personas adultas mayores en los diferentes niveles de atención del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.²³

La promoción de salud como campo conceptual, metodológico e instrumental, trae entre sus pilares y estrategias, elementos favorecedores de la mejora de la calidad de vida a través del trabajo de las determinantes de la salud; supone que el logro del bienestar está en el potencial de contar con aliados y la movilización de la sociedad, trabaja con el principio de autonomía de los individuos y la sociedad, y refuerza el planeamiento del poder local para el cambio y el desarrollo sostenible.

La promoción de la salud busca y anhela el empoderamiento de la sociedad, vale decir aboga por el respeto de los derechos ciudadanos y de salud, e induce condiciones para orientar a la sociedad en acciones políticas y sociales que mejoren sus propias condiciones de vida.³

II. MARCO METODOLÓGICO

2.1. Tipo de investigación:

La investigación fue de tipo cualitativa, considerada como una categoría de diseños de investigación que extraen descripciones a partir de observaciones, registros escritos, enfocado en el entorno de los acontecimientos e indagación de contextos naturales, orientada a la comprensión de fenómenos educativos y sociales, y a la transformación de escenarios.²⁴

La investigación cualitativa es aquella que produce datos descriptivos, con las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable distinguiendo que es inductiva, ve el escenario y a las personas desde una perspectiva holística; las personas y los escenarios no son considerados como variables sino como un todo, que son sensibles a los efectos que ellos causen sobre el objeto de estudio, lo cual es congruente con la filosofía holística de enfermería.²⁵

El enfoque de la investigación cualitativa se basa en una visión del mundo que parte de los siguientes posicionamientos: no existe una realidad única, la realidad se basa en percepciones, es diferente para cada persona y cambia con el tiempo, aquello que conocemos tiene significado solamente en una situación o contexto dado.²⁶ La investigación cualitativa proporciona un proceso a través del cual las enfermeras pueden estudiar un fenómeno desde la perspectiva distinta a la tradicional.

2.2. Abordaje metodológico:

El tipo de abordaje fue el Estudio de Caso cualitativo, siendo una forma de investigar que implica el examen intensivo y profundo de un mismo fenómeno u objeto de interés lo que supone un proceso de indagación sistemática que se caracteriza por el examen detallado y comprensivo del caso objeto de interés que permite la construcción del conocimiento en base al análisis a profundidad de las entidades sociales que se estudia permitiendo la comprensión del mismo.²⁷

Según Yin el estudio de caso es una forma de investigación con entidad propia que investiga empíricamente un fenómeno contemporáneo dentro de un contexto de la vida real. Por lo que el investigador se une con objeto de analizar y describir intensamente los distintos aspectos que la componen. La principal ventaja de estudio de caso es que permite analizar de forma profunda y prolongada los sucesos con el objeto de estudio; del caso que estamos estudiando.²⁸

Características de la investigación del estudio de caso:²⁹

Se dirigen al descubrimiento: a pesar que el investigador parte de algunos supuestos teóricos iniciales, procura mantenerse constantemente atento a nuevos elementos que pueden surgir como importantes durante el estudio. El cuadro teórico inicial sirvió de esqueleto, de estructura básica a partir del cual podrán ser detectados nuevos aspectos, nuevos elementos o dimensiones que pueden ser sumados en la medida en que el estudio avance. La investigación partió de algunos supuestos teóricos iniciales, que trata nuevos puntos con el fin de generar un conocimiento más consolidado, en donde se busca nuevas respuestas en el

desarrollo de la temática, las investigadoras nos mantuvimos atentas ante cualquier descubrimiento durante la investigación.

Enfatizan la interpretación en el contexto: un principio básico de este tipo de estudio es que, para una comprensión más completa del objeto, es preciso llevar en cuenta el contexto en que él se sitúa. Así para comprender mejor la manifestación general de un problema, las acciones, las percepciones, los comportamientos y las interacciones de las personas deben estar relacionados a la situación específica donde ocurre la problemática determinada a la que están ligadas. La presente investigación considero el contexto económico, político, sociológico de los centros de salud del Distrito de Chiclayo, que se encuentran en una zona urbana, perteneciendo a los niveles I-3 y I-4, teniendo como población las enfermeras responsables de la estrategia del adulto mayor, y que sus entrevistas permitieron constituir el análisis del rol que ellas tienen para la promoción de la salud con adultos mayores.

Retratan la realidad en forma compleja y profunda: el investigador procura revelar la multiplicidad de dimensiones presentes en una determinada situación o problema, enfocándolo como un todo. Este tipo de abordaje enfatiza la complejidad natural de las situaciones, evidenciando la interrelación de sus componentes. Este estudio trató de escuchar las expectativas del rol de la enfermera(o) en promoción de la salud con adultos mayores.

Usan una variedad de fuentes de información: al desarrollar el estudio de caso, el investigador recurre a una variedad de datos, recolectados en diferentes momentos en situaciones variadas y con una variedad de tipos de informantes. En esta investigación, la fuente de recolección de datos relacionado a la temática fueron

referidos por el profesional de enfermería de la estrategia del adulto mayor de los centros de salud del Distrito de Chiclayo, a través de la entrevista semiestructura a profundidad, grabada y transcrita fidedignamente.

Revelan experiencias vividas y permiten generalizaciones naturales: el investigador procura relatar sus experiencias durante el estudio, de modo que el lector pueda hacer sus generalizaciones naturales. Este estudio de caso reveló datos del rol de la enfermera(o) en promoción de la salud con adultos mayores.

Procuran representar los diferentes y a veces conflictivos puntos de vista presentes en una situación social: cuando el objeto o situación estudiada pueden suscitar opiniones diferentes, el investigador va procurar traer para el estudio esas diferencias de opiniones, revelando incluso su propio punto de vista sobre la situación. Las opiniones que se suscitaron por cada sujeto de investigación se clasificaron en elementos significativos, los cuales fueron utilizados para la formación de las categorías y subcategorías que hicieron factible elaborar las consideraciones finales.

Utilizan un lenguaje y una forma más accesible en relación a otras investigaciones: los datos de caso pueden estar presentados en una variedad de formas tales como dramatizaciones, diseños, fotografías, discusiones, etc. Los relatos escritos, generalmente presentan un estilo informal, narrativo, ilustrado. En la presente investigación se desarrolló el proceso de investigación con un lenguaje claro durante la entrevista, el cual ayudado por grabadoras permitieron luego transcribirlo en forma narrativa, concluyendo en el relato final.

Este estudio de caso se realizó en tres fases:²⁹

La fase exploratoria o abierta, según Stake, sostiene que el Estudio de Caso comienza con un plan muy incipiente, que se va delineando más claramente en la medida en que se desarrolla el estudio. Pueden existir inicialmente algunas preguntas o puntos críticos que se originan en la revisión de la literatura pertinente, pueden ser producto de observaciones y declaraciones hechas por especialistas sobre el problema, pueden surgir de un contacto inicial con la documentación existente y con las personas ligadas al fenómeno estudiado o pueden ser derivadas de especulaciones basadas en la experiencia personal del investigador. Esta fase se inició con las interrogantes de las investigadoras, en donde problematizaron el rol de la enfermera en promoción de la salud con adultos mayores.

La segunda fase sistémica o de delimitación del estudio, una vez realizada la identificación del problema de investigación se procedió a la recolección de datos considerando instrumentos adecuados al objeto de investigación. En esta investigación se aplicó una entrevista abierta a profundidad y posteriormente el análisis documental. La selección de aspectos más relevantes y la determinación del recorte de estos, fueron cruciales, para lograr los propósitos del estudio de caso, para llegar a una comprensión más completa sobre nuestro objeto de estudio, fue necesario establecer límites del estudio porque de hecho nunca será posible explorar todos los ángulos del fenómeno en un tiempo razonablemente limitado.

En la tercera fase análisis sistemático y elaboración del informe, surge la necesidad de unir la información, analizarla y tornarla disponible a los informantes para que manifieste sus reacciones sobre la relevancia e importancia de lo que se ha relatado. Esos “borradores” de relato pueden ser presentados a los interesados por

escrito o constituirse en presentaciones visuales y auditivas, etc. Luego de una o varias lecturas se establecieron las unidades de análisis de los datos, estableciéndose códigos de análisis, posteriormente se reunieron los códigos similares para estructurar las categorías y sub-categorías. Estas categorías son interpretadas con la confrontación de otras investigaciones que traten el mismo tema de estudio.

La información obtenida como resultado de las entrevistas a nuestro sujeto de estudio, fueron transcritos en forma fidedigna, es decir tal como lo relataron, sin distorsionar ni cambiar su estructura.

Para finalizar con la tercera etapa, se preparó el informe del trabajo y se difunden sus resultados. El estudio de caso se da como herramienta para la creación de teoría, de modo que nos concentramos solo en aquellos aspectos más vinculados con nuestro objetivo: el diseño del estudio, y una comprensión adecuada del concepto de teoría y de otros conceptos, como causalidad y validación.

2.3. Población y muestra:

La población de la investigación fueron las enfermeras que laboran en los centros de salud del Distrito de Chiclayo, en la estrategia del adulto mayor.

Dentro de los criterios de inclusión se tomó en cuenta a las enfermeras que estuvieron dispuestas a participar en la investigación. Además debieron tener de 3 a más meses de permanencia en el programa del adulto mayor.

Los profesionales en estudio cumplieron horarios de atención que van de lunes a sábados, de siete y treinta de la mañana a una y treinta de la tarde. Los días sábados la atención es solo en las mañanas y en el mismo horario.

La muestra estuvo constituida por 5 enfermeras que laboran en los centros de salud del Distrito de Chiclayo en la estrategia del adulto mayor. La muestra se obtuvo por el método de saturación y redundancia. Bertaux, refiere, la saturación del conocimiento, supone que se han establecido las pautas estructurales que subyacen a un determinado conjunto de procesos sociales y los nuevos casos no introducen correcciones ni complementos al conocimiento de la realidad estudiada, sólo repiten el contenido de la pauta social definida. A su vez para Baeza, establece diferencia entre los términos interrelacionados de saturación y redundancia, donde “la saturación concierne a la relación entre los casos estudiados y el objeto social, y la redundancia se refiere al contenido del conocimiento y a la repetición del examen de casos”.³⁰

Por tanto, saturación se dice cuando los discursos no aportan temas nuevos y por redundancia cuando estos son repetitivos, lo cual nos permitirá delimitar el tamaño de la muestra.³⁰

2.4. Instrumentos de recolección de datos:

Para la recolección de la información en este tipo de investigación se usó un instrumento de recolección de datos con el fin de lograr una mejor perspectiva del problema en estudio. Se utilizó la entrevista semiestructurada a profundidad, la cual fue ejecutada luego de haber obtenido la autorización y la firma del consentimiento informado.

La entrevista semiestructurada a profundidad fue de carácter anónimo, para permitir la fluidez de las respuestas del participante y conseguir un profundo y mutuo entendimiento. El objetivo del investigador es obtener una idea profunda de las experiencias de los participantes.³¹

Las investigadoras conducimos la entrevista con amplia libertad al entrevistado, y garantizamos la descripción del rol que realiza como promotora de salud en los adultos mayores, mantuvimos su anonimato a través de los seudónimos previo a la firma del consentimiento informado y el permiso de grabar la entrevista.

El guion de la entrevista establece un perímetro dentro del cual el entrevistador decide no solo el orden y la formulación de las preguntas, sino también si se va a profundizar en algún tema y, en su caso, en cuál de ellos. En general, el entrevistador no abordará temas no previstos por el guion; sin embargo, tiene libertad para desarrollar temas que vayan surgiendo a lo largo de la entrevista y que él considere importantes para la comprensión del sujeto entrevistado, aun cuando no se incluyan en el resto de las entrevistas.³²

2.5. Técnicas de procesamiento y análisis de datos:

El análisis que se realizó a los datos fue el análisis de contenido, la cual es una técnica de investigación cuya finalidad es descubrir la significación de un mensaje, texto o discurso. Tienen por objetivo elaborar y procesar datos relevantes sobre condiciones mismas en que se han producido aquellos textos, o sobre las condiciones que puedan darse para su empleo posterior.³²

El análisis de contenido es una técnica útil para analizar los procesos de comunicación en diferentes contextos, comprende el Pre análisis: en esta etapa se organizara el material a utilizar para examinar los datos y realzar eficazmente el análisis de contenido;³³ aquí se realizó la lectura y recorte del texto obtenido en las entrevistas y se manejaron con sus respectivos seudónimos a los discursos para garantizar la privacidad de las personas entrevistadas.

La codificación consiste en realizar una transformación de los datos originales a los datos útiles. Las operaciones involucradas en esta etapa son la fragmentación de texto, es decir es establecimiento de unidades de registro y la catalogación de unidades significativas: la identificación de los elementos presentes en la base contextual y su codificación en temas. De estos elementos encontrados en todos los fragmentos de los discursos, se obtendrán las categorías.³⁴ Las investigadoras seleccionamos los discursos más significativos, trasladándolos a una matriz de elementos de significación.

Categorización: se organiza y clasifica las unidades de análisis obtenidas en base a criterios de diferenciación. El criterio fundamental de categorización (agrupación) es semántico, es decir considerando similitudes es su significado.³⁴

En esta investigación consideramos la similitud de los discursos para formar las categorías y contrastarlas con nuestras bases teóricas y antecedentes.

2.6. Criterios de rigor científico:

La calidad de una investigación está determinada, por el rigor y la calidad científica de los estudios cualitativos; de los cuales se tomaron seis criterios:

La credibilidad.³⁵ La investigación debe mantener la credibilidad en todo momento. Nosotras las investigadoras en el momento de la transcripción de las entrevistas fidedignamente, previo al consentimiento informado.

La confidencialidad.³⁵ En la investigación se garantiza con el acceso a la información solo a las personas autorizadas. En este caso las investigadoras mantuvimos en reserva la información brindada por las enfermeras utilizando sus respectivos seudónimos en los discursos.

La confiabilidad.³⁵ Una investigación con buena confiabilidad es aquella que es estable, segura, congruente, igual a sí misma en diferentes tiempos y previsible para el futuro.²⁷ Las investigadoras manejamos todos los datos reales sin ninguna alteración en todo momento de la investigación.

La coherencia.³⁵ En la investigación se deberá tener en cuenta una interrelación entre la entrevista y entrevistadora. Cada parte de la investigación debe de tener relación en todo, manteniendo un enlace desde la literatura hasta lo investigado. Las investigadoras siempre mantuvimos como eje transversal nuestro objetivo de estudio.

La transferibilidad o aplicabilidad, da cuenta de la posibilidad de ampliar los resultados del estudio a otras poblaciones. Indica que se trata de examinar qué tanto se ajustan los resultados a otro contexto.²⁷ Esta investigación se podrá ejecutar en otros distritos con igual o similar contexto.

La neutralidad.³⁵ La información recolectada no será alterada ni modificada. Los resultados obtenidos a partir de los análisis interpretativos de las manifestaciones de las enfermeras no fueron alteradas por las investigadoras.

2.7. Principios bioéticos:

La ciencia enfermera, nos permite desenvolvemos en el campo de la investigación, permitiéndonos desarrollar e incrementar nuevos conocimientos con el fin de mejorar la prestación de nuestros servicios. Por lo que toda verdadera persona de ciencia debe cumplir con los siguientes principios:³⁶

Principio de respeto de la dignidad humana: la persona humana debe ser considerada siempre como sujeto y no como objeto. El valor de la persona humana no depende de factores ajenos a su dignidad. El ser humano es respetado no sólo como persona, sino también conforme a su pertenencia a la familia humana. En base a este principio, se preparó un formato de consentimiento informado que fue entregado a las enfermeras entrevistadas.

Principio de primacía del ser humano y de defensa de la vida física: la investigación debe procurar el bien integral de la persona humana. Es la ciencia la que se encuentra al servicio de la persona humana y no la persona humana al servicio de la ciencia. Cualquier investigación realizada en personas considerará la

aplicación del principio de lo más favorable para la persona, buscar hacer siempre el bien y evitar el mal. Por lo que esta investigación protegió la vida, la salud, la privacidad y la dignidad de la enfermera participante.

Principio de autonomía y responsabilidad personal: la investigación se desarrolló respetando el consentimiento previo, libre, expreso e informado de la enfermera participante. Las investigadoras consideramos el derecho de la persona a ser tratado como persona libre y capaz de tomar sus decisiones.

Principio de sociabilidad y subsidiaridad: toda persona debe comprometerse a considerar su propia vida y salud, así como la de los demás como un verdadero bien. El principio de sociabilidad y subsidiaridad obliga a la comunidad a ayudar donde la necesidad sea mayor, por ello se entiende que la protección de la salud es de interés público y que es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla. Las investigadoras consideramos que la población más vulnerable son las personas adultas mayores (PAM).

Principio de beneficencia y ausencia de daño: este principio abarca el bien total de la persona humana en su integridad. Nosotras como investigadoras en cada acción y escrito durante la investigación mantuvimos el anonimato de cada enfermera participante.

Principio de igualdad, justicia y equidad: la investigación en torno a la vida humana considerará la igualdad ontológica de todos los seres humanos, indistintamente de la etapa de vida por la que estos atraviesen. Teniendo en cuenta este principio, en la realización de la investigación se dio un trato equitativo a todas las enfermeras participantes.

III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En la XXVI Conferencia Panamericana de la OPS, se planteó que la solución a los problemas de salud de las personas adultas mayores exige un enfoque de salud pública sobre educación sanitaria, promoción de la salud, detección temprana de los problemas y asignación de recursos apropiados para proporcionar rehabilitación comunitaria.³⁷

En este marco, la enfermera es el primer enlace por el cual el adulto mayor tiene contacto con los servicios brindados en un centro de salud, debido a que es participe de múltiples actividades y acciones que se enfocan en cubrir y apoyar las necesidades que este grupo requiere. Por ello, se afirma que es la enfermera quien se encarga de brindar el apoyo, cuidados y atenciones que el adulto mayor recibe a través de los programas que el establecimiento de salud ofrece.

Para brindar cuidados es necesario comprender las diferentes necesidades de salud en la Atención Primaria de Salud, con un enfoque basado en la persona, en este caso específico en el adulto mayor, que incluya prevención, detección temprana y empoderamiento de las personas en el autocuidado. Es sobre este aspecto donde gravita la participación del profesional de enfermería en el tema de prevención y promoción de la salud, con el objeto de enfatizar el rol de la enfermera como educadora y mediadora entre el adulto mayor y su familia.³⁷

Precisamente en este estudio se develó el rol de la enfermera(o) en promoción de la salud con adultos mayores en las categorías y subcategorías que presentamos a continuación.

- 1. Educación como estrategia clave para la promoción de la salud en el adulto mayor.**
- 2. Comprometidos con la promoción de la salud: experiencia gratificante.**
- 3. Limitaciones para la promoción de la salud.**
 - 3.1. Limitaciones intramuros.**
 - 3.2. Limitaciones extramuros.**
- 4. Facilitando la religiosidad en el adulto mayor.**

1. EDUCACIÓN COMO ESTRATEGIA CLAVE PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL ADULTO MAYOR.

La educación para la salud es el instrumento más importante para la promoción de la salud, entendida ésta como el proceso mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud.³⁸

La OMS manifiesta, que la educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad.³⁹

Por ende la educación para la salud, tendrá que ocuparse de crear estas oportunidades de aprendizaje para que las personas conozcan y analicen las causas sociales, económicas y ambientales que influyen en la salud de la comunidad. Esto significa una superación del papel tradicional que se ha atribuido a la educación para la salud, limitado fundamentalmente a cambiar las conductas de riesgo de los individuos, convirtiéndose en un potente instrumento para el cambio.

Igualmente la promoción de la salud vincula a la gente con su medio y, con vista a creer en un futuro más saludable, combina la elección personal con la responsabilidad social. En promoción de la salud el objetivo central no solo consiste en proporcionar la información de la salud, sino que también supone ofrecer a las personas y las comunidades una amplia gama de posibilidades entre las que puede

elegir; se trataría, por tanto, de conseguir que las opciones más sanas sean las más fáciles de elegir.³⁸

La educación para la salud es un proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, propugna los cambios ambientales necesarios para facilitar esos objetivos, y dirige la formación profesional y la investigación hacia esos mismos objetivos. Por lo tanto, la educación para la salud, aporta métodos e instrumentos novedosos y efectivos, especialmente en procesos donde no solo se requiere personas informadas, se necesita importantes avances en cambios de actitudes y prácticas.

Para que el profesional de enfermería aplique este instrumento, es necesario que se realicen dos procesos previos como la captación y la valoración al adulto mayor; al respecto la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores (2010)²³ manifiesta, que la captación de la persona adulta mayor (PAM), se realiza de diversas maneras y motivos como consultante o usuario; solo o acompañado de un familiar o cuidador; con o sin patología o riesgo de salud, como acompañante de consultante o usuario, referido por un promotor de salud; referido por personal de salud de un establecimiento de menor o mayor complejidad y mediante la búsqueda activa en la labor extramural.

Este proceso se desarrolla en los centros de salud, según mencionan las enfermeras en los siguientes discursos:

“...la captación la realizamos en el centro de salud y mediante las visitas domiciliarias en busca de nuevos adultos mayores...” (Estrella)

“...la captación del adulto mayor la realizamos a través del triaje, el cual está a cargo de una enfermera...” (Jacky)

“...la captación la hacemos mediante los médicos, los cuales nos pasan las historias y también salimos a buscar adultos mayores...”

(Dalina)

La admisión de la PAM se realiza mediante la recepción, orientación personalizada del proceso de atención en el servicio, verificación del cumplimiento de la ley de atención preferente (Ley N° 27408), búsqueda o apertura de la historia clínica, el mismo que forma parte de la ficha o carpeta familiar, de corresponder y la identificación del financiamiento o validación de derechos: Seguro Integral de Salud (SIS), otros seguros, subvenciones, exoneraciones o pagos particulares.

Luego de la recepción se lleva a cabo el triaje: mediante atención preferencial a la PAM, detección de signos de alarma o gravedad, determinar si la PAM tiene alguna enfermedad para definir el tipo de atención que requiere para derivarlo a la consulta que le corresponde y la orientación e información sobre el tipo de servicio requerido. Se sabe que la atención preferencial es un derecho de la PAM, esto lo demuestra el siguiente discurso:

“...en el establecimiento de salud hacemos que se cumpla la atención preferencial al adulto mayor...” (Estrella)

Después de estos procesos claves, se lleva a cabo la Atención Integral de la PAM, la cual comprende un conjunto de cuidados esenciales incluidos en el paquete de Atención Integral, de acuerdo a las necesidades de salud del adulto mayor. Todo adulto mayor que acude al establecimiento de salud por primera vez o tenga la

condición de continuador, se le realiza la Valoración Clínica del Adulto Mayor (VACAM) para cuantificar en términos funcionales sus capacidades y problemas médicos, mentales, psicológicos y sociales del adulto mayor; asimismo se detectan factores de riesgo o daño para su salud. Todo este proceso es desarrollado por el profesional de enfermería, así lo evidencian los siguientes discursos:

“...cuando ingresa un adulto le realizamos el llenado del VACAM... ellos pasan por los diferentes servicios, contamos con un registro donde se anotan las medidas antropométricas de cada adulto mayor...”

(Estrella)

“...en el servicio se realiza en llenado del VACAM, además se le controla peso, talla, toma de la presión arterial y también una valoración nutricional...” (Margarita)

Las actividades que realiza el profesional de enfermería también son mencionados por Ibarra¹⁰ en su investigación, manifestando que las actividades como educación para la salud, evaluación de signos vitales, técnicas somato métricas entre otros, son las fundamentales en la atención del adulto mayor.

Dentro de este proceso el profesional de enfermería, identifica las necesidades educativas y hace uso de diferentes estrategias como: la charla educativa, la consejería y las reuniones de grupo que en conjunto vendrían a conformar un taller educativo.

Todas estas técnicas están ligadas a la educación para la salud y algunas de ellas son utilizadas por las enfermeras en la educación para la salud, tal como se evidencia en el siguiente discurso:

“...mayormente las sesiones educativas las realizamos mediante la charla educativa, la cual está enfocada hacia las necesidades del adulto mayor...” (Estrella)

La charla, se constituye en uno de los medios más utilizados en educación para la salud dirigida a grupos más o menos numeroso de la comunidad, interesados en un tema concreto.⁴⁰ De acuerdo al discurso anterior, podemos decir que la charla educativa es el método más utilizado en la promoción de la salud de la PAM, porque ofrece interactividad y participación entre las personas y el expositor. Pero durante la planificación de la charla se debe tener en cuenta a que publico va dirigido, para que este método sea eficaz.

La charla debe ser promocionada por el propio grupo a la que va dirigida, la persona que va a dar la charla debe ser buen conocedor del tema, las condiciones del lugar en el que se va a desarrollar deben ser óptimas, la charla debe ser breve (alrededor de 30 minutos, 45 minutos como máximo), además es necesario hacer uso de un lenguaje apropiado para los oyentes. Las ventajas que ofrece son: que es más económica que otras y favorece la empatía entre el ponente y las personas, en poco tiempo se puede realizar una exposición completa del tema. Entre los inconvenientes están que las personas adoptan una actitud poco activa y se limitan a oír la charla, además se corre el riesgo de enviar mensajes que no se querían transmitir.⁴⁰

La limitación de estas y otras técnicas educativas también es mencionado por Quispe¹¹ en su investigación, ya que manifiesta que la educación que realiza la enfermera en promoción de la salud, se da en un nivel regular, evidenciándose que no realiza en forma sistemática el desarrollo de las actividades educativas: esta se hace con poca frecuencia, la mayoría en un tiempo muy corto, limitando el proceso de aprendizaje e interacción con los participantes, utilizando preferentemente como técnica educativa la charla con ayuda de un rotafolio y con la mínima participación del educando, todo basado en la metodología de la enseñanza; que se estaría debiendo a que aún impera el enfoque conductista, dado posiblemente a la reproducción de este modelo por el cual los educadores también fueron formados.

Por otro lado, está también la consejería, la cual es una técnica de comunicación interpersonal, que permite al consejero conocer y entender en forma más profunda las necesidades de apoyo e información que requiere la persona.⁴¹ La consejería no es solo dar consejo, es llevar a la persona a tomar sus propias decisiones a través de la reflexión, y la información necesaria con el apoyo del consejero dicha técnica propicia mayor calidez en atención a la persona, por la comunicación interpersonal que se establece.

Durante las sesiones de consejería se trata a la persona en forma integral y no solo a su enfermedad, se refuerza a la persona en forma positiva cuando ha emitido durante un tiempo conductas esperadas propuestas conjuntamente en sesiones anteriores. Estos refuerzos hacen que la persona repita las conductas que se quieren lograr como una consecuencia de haber recibido los refuerzos pasados. Decimos entonces que la persona está motivada, ya que ella se encuentra en un estado de disposición para realizar acciones específicas que esperamos lo logre.⁴¹

La consejería es una herramienta de uso de los profesionales de salud, con el fin de desarrollar con mayor efectividad una de sus funciones, que es promover comportamientos saludables, tanto en el ámbito de la prevención como en el tratamiento o mitigación de los efectos de las enfermedades.

Al respecto Villena¹⁴ en su investigación refiere, que la educación para la salud es la estrategia de promoción de la salud más importante en la atención integral al adulto, siendo la charla educativa y la consejería las técnicas más usadas y útiles. Sin embargo estos procesos están orientados de manera inadecuada debido a factores que obstaculizan su máxima efectividad.

La consejería y el trato directo dan a la enfermera la oportunidad de conocer los hábitos y costumbres de cada persona, pues es un problema contribuir a modificar los hábitos en las personas, volviéndose una tarea difícil; debido a que la conducta de la persona está determinada por múltiples factores personales, institucionales y ambientales, que operan e interactúan a diferentes niveles como lo individual, interpersonal y comunitario.

Sabemos además que la enfermera actúa como un puente entre los sistemas genéricos y profesionales así puede contemplarse tres clases de asistencia que permiten predecir las acciones y decisiones de enfermería dentro de la teoría; la conservación y el mantenimiento de los cuidados culturales, la adecuación o negociación de estos cuidados y el rediseño o reestructuración de los mismos.

El modelo del sol naciente de Madeleine Leininger describe a los seres humanos de forma inseparable de sus referencias culturales y su estructura social, visión del mundo, historia y contexto ambiental. El sexo, la raza, la edad y la clase

social se consideran factores integrados dentro de la estructura social y como tal se estudian. En cambio, las dimensiones biológicas, emocionales y otras relacionadas se contemplan desde un punto de vista holístico y no de forma independiente o fragmentaria.⁴²

El fondo cultural del individuo comprende primordialmente sus normas internas de comportamiento y los valores o actitudes compartidos con su comunidad. Las normas de un grupo determinado, sin embargo, no están claramente definidas ni expresadas y varían entre los diferentes miembros del grupo.⁴³

Para que un profesional de enfermería pueda proporcionar asistencia a una persona con un fondo cultural o étnico distinto del propio, es preciso que se produzca una comunicación intercultural eficaz. El perfil demográfico está cambiando rápidamente y la necesidad de conciencia y comprensión interculturales está aumentando drásticamente. Puesto que la enfermera trata con las personas de manera personal, debe interactuar y relacionarse con todo tipo de personas.⁴³

La salud y los cuidados son universales pero las formas de llevar a cabo esos cuidados y de concebir la salud vienen definidas de manera diferente según las culturas. En el contexto multicultural en el que vivimos se ha de valorar las creencias y valores de las personas para así poder proporcionar cuidados enfermeros efectivos, satisfactorios y coherentes con su cultura.⁴³

Las concepciones del profesional de enfermería son fundamentales para su práctica, por ser quien detenta la competencia para actuar como educadora, esto requiere un pensamiento con foco en los cambios de actitud. Pues la promoción de

la salud es el proceso de salud integral que busca el cambio de las personas, para que orienten su forma de vida hacia un estado de salud óptimo.⁴⁴

En cambio la prevención en salud son medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.⁴⁴

Las acciones de enfermería en Promoción de la Salud son fundamentales, con la realización de grupos para la conquista de la autonomía y asimilación de conocimientos en la mejora de la calidad de vida de las personas. Desarrollar acciones de cuidar pautadas en un proceso de diálogo, valorando la individualidad de cada ser, es un cuidado más próximo a las reales necesidades de las personas.⁴⁵

Los conocimientos y las prácticas de promoción de la salud desarrollados por la enfermera son necesarias para transformar la práctica de enseñanza, superando el modelo biológico, y crear otro modelo operacional que supere las acciones preventivas, tal como se expresa:

“...promovemos las prácticas saludables y el autocuidado para prevenir enfermedades en nuestra población...” (Estrella)

“...generalmente vienen personas enfermas con sobrepeso o diabetes y mi educación va dirigida hacia esas enfermedades... nosotras mismas damos los temas de alimentación saludable...” (Margarita)

Los aspectos en el que se incide la educación para la salud, están referidos a los ejes temáticos del Modelo de abordaje de la promoción de la salud tales como:

promoción de la alimentación y nutrición saludable; higiene y ambiente; y actividad física, según lo demuestran los siguientes discursos:

“...se les da charlas sobre estilos de vida, alimentación... sobre bienestar psicológico para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores; también se realizan ejercicios...” (Jacky)

“...damos charlas sobre autoestima, alimentación saludable y tratamos de que el adulto mayor haga ejercicio...” (Dalina)

Los ejes temáticos son el contenido conceptual sobre temas priorizados, a través del cual se da respuesta a las principales necesidades de la persona, desde el campo de la promoción de la salud.¹⁷

Los discursos anteriormente mencionados, muestran que la enfermera solo aborda algunos de ellos. Promoción de la alimentación y nutrición saludable, que busca que las personas adopten prácticas alimentarias saludables adecuadas y además favorezcan su bienestar físico, mental y social, para mejorar su calidad de vida; ayuda a que la persona intervenga en la seguridad alimentaria a fin de llevar una vida sana y productiva. Higiene y ambiente, permite a la persona la minimización de exposición a factores de riesgo para la salud y bienestar a través de la adopción de prácticas efectivas de higiene que promuevan el autocuidado de la salud. Actividad física, en relación con condiciones de vida saludable tanto en lo físico como lo psicológico, aportando energía a la persona.¹⁷

Si bien es cierto que, estos tres ejes temáticos aportan a la PAM una mejor calidad de vida; es importante que la enfermera también desarrolle otros ejes

temáticos como salud sexual y reproductiva; habilidad para la vida; seguridad vial y cultura de tránsito; y promoción de la salud mental, buen trato y cultura de paz.

En resumen el profesional de enfermería debe contar con conocimientos y bases teóricas que contemplan los valores y las creencias de las personas imprescindibles para poder establecer una relación de ayuda que permita intervenir y, en este caso, educar, siendo capaz de transformar los estilos de vida inadecuados de la persona. Por ello, la enfermera necesita utilizar métodos y estrategias didácticas adecuadas para que la educación para la salud lleve a la mayor efectividad en la promoción de la salud.

El compromiso del profesional de enfermería con las actividades referidas a la promoción de la salud se presenta en la siguiente categoría.

2. COMPROMETIDOS CON LA PROMOCIÓN DE LA SALUD: EXPERIENCIA GRATIFICANTE.

La práctica de enfermería se centra en el cuidado a la persona, que en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud. Por lo tanto, la práctica de enfermería va más allá del cumplimiento de múltiples tareas rutinarias, requiere de recursos intelectuales, de intuición para tomar decisiones y realizar acciones pensadas y reflexionadas, que respondan a las necesidades particulares de cada persona. Esto incluye otorgar un cuidado individualizado, pues la intervención de la enfermera debe ser un recurso terapéutico en el que se integran sus habilidades específicas.⁴⁶

Debido a ello, la enfermera debe estar comprometida con una práctica profesional al lado de personas, familias o comunidades, siendo la responsable de ofrecer cuidados específicos basados en la necesidad de la persona; esto exige una permanente capacitación y desarrollo de la conciencia y de la sensibilidad ética, para que el proceso de toma de decisiones sea adecuado.

El cuidado comprende aspectos afectivos, relativos a la actitud y compromiso, así como elementos técnicos, los cuales no pueden ser separados para otorgar cuidados, así también la identificación del significado del cuidado para quien lo otorga y para quien lo recibe, la intención y la meta que se persigue. Por lo tanto, la práctica de enfermería se ocupa más allá del acto de cuidar que une el "qué" del cuidado y el "cómo" de la interacción persona-enfermera, implica crear un cuidado que recurra a diversos procesos: la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico, la

intuición, la organización de los recursos y la evaluación de la calidad de las intervenciones.⁴⁶

Desde esta perspectiva se trata de un cuidado innovador que une la ciencia y el arte de enfermería y que se centra en la persona, la cual en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud, todo ello requiere de un compromiso sincero de la enfermera tal como se aprecia en el siguiente discurso:

“...se les brinda un cuidado humanizado e integral a los adultos mayores... nuestro personal de salud tiene el compromiso con nuestros adultos mayores ya que ellos reciben la atención preferencial...”

(Estrella)

Para que este proceso se lleve a cabo es necesario también hablar de la importancia del trabajo en equipo en un establecimiento de salud. El trabajo en equipo es una modalidad de articular las actividades laborales de un grupo humano en torno a un conjunto de fines, metas y resultados a alcanzar, lo cual implica una interdependencia activa entre los integrantes de un grupo que comparten y asumen una misión de trabajo;⁴⁷ así también la OMS recomienda la creación de equipos para lograr una atención primaria de salud eficiente.

El equipo multiprofesional puede extenderse como un grupo de trabajo constituido por representantes de diferentes disciplinas.⁴⁸ En el equipo cada uno de los miembros constituye el grupo y, por lo tanto, son responsables del trabajo que se lleva a cabo en su área profesional o técnica, pero requieren del aporte del resto de los miembros del equipo para la planificación, ejecución y evaluación de tareas que conducen al logro de objetivos comunes.¹⁴

El trabajo en equipo multiprofesional es, a su vez interdisciplinario cuando existe una verdadera comunicación e interacción dinámica entre los miembros de las diferentes disciplinas, lo cual asegura, su eficaz intervención.⁴⁸

Además la enfermera suele desempeñar roles, los cuales requieren una interacción con diferentes profesionales sanitarios que conforman el equipo. Muchos elementos de la relación ayuda enfermera-persona también se aplican en estas relaciones, que se centran en el cumplimiento del trabajo y los objetivos de la situación de la PAM. La comunicación en estas relaciones puede articularse para la construcción del equipo, facilitando el proceso de grupo y colaboración.

Una manera de favorecer una buena comunicación en el equipo es definir las expectativas mutuas. Un equipo eficiente sabe que puede contar con todos sus miembros cuando surge una necesidad. Compartir las expectativas sobre qué y cuándo comunicar es un buen paso para constituir un equipo fuerte.²⁰

En este sentido, se necesitan tanto las interacciones sociales como las terapéuticas entre la enfermera y los profesionales sanitarios del equipo para constituir relaciones morales fuertes dentro del entorno de trabajo. El profesional de enfermería necesita amistad, apoyo, guía y ánimo de los demás para enfrentarse a las muchas situaciones estresantes impuestas por el rol enfermero y deben extenderse la misma comunicación afectuosa empleada con las personas para crear relaciones positivas con colegas y colaboradores.²⁰

Por lo tanto, los cuidados que se brindan al adulto mayor, hacen que se unan los miembros del equipo multiprofesional. Siempre que se rediseñan los sistemas o planes, el compromiso de este equipo es trascendental, porque la mayoría de los

procesos en salud afectan a más de una disciplina. La colaboración interdisciplinaria esta favorecida al incluir representantes de varias disciplinas en los proyectos sanitarios o planes de trabajo.

El equipo multiprofesional es una fortaleza en la atención al adulto mayor, debido a que sus miembros están comprometidos y dispuesto a participar en las actividades de promoción de la salud, así lo expresaron las enfermeras como miembros del equipo multiprofesional:

“...el establecimiento de salud, los profesionales, técnicos, administrativos y estudiantes, nos apoyan para realizar las actividades...” (Margarita)

“...la psicóloga y la nutricionista y el personal son los que apoyan en las actividades...” (Jacky)

Al respecto Villena¹⁴ en su investigación, manifiesta que el trabajo en equipo multidisciplinario constituye un elemento facilitador de la estrategia de promoción de la salud y está conformada por un conjunto de profesionales que participan de las actividades del programa de salud integral al adulto, comprometidas con un objetivo común, metas y propuestas por consenso, para la toma de decisiones.

En cuanto a la atención primaria, esta implica un abordaje multidisciplinario de las actuaciones en salud, por lo que el trabajo en equipo, es uno de sus pilares organizativos, ya que se ha demostrado que se consigue mayor productividad, rendimiento, innovación e incluso calidad laboral.⁴⁹

Dentro del enfoque de equidad, se plantea que la satisfacción en el trabajo es producto de la comparación entre los aportes que hace el individuo al trabajo y

el producto o resultado obtenido y considera que la satisfacción o insatisfacción estarán determinadas por las comparaciones que hace el individuo entre lo que aporta, lo que recibe a cambio y lo que aportan y reciben otros individuos en su medio de trabajo o marco de referencia.⁵⁰

En el enfoque de las expectativas, se considera que la satisfacción laboral es el producto de las diferencias percibidas por el sujeto entre lo que él considera entregarle a su actividad laboral y los beneficios que realmente obtiene por su labor. Se considera que estos enfoques se complementan y aportan una visión holística e integral de la satisfacción laboral como fenómeno psicosocial. De esta manera, se puede decir que la satisfacción es el producto de las diferencias que existen entre lo que espera recibir el individuo en relación a lo que invierten él y sus compañeros, y lo que él obtiene, comparados con lo que reciben los segundos.⁵⁰ Esta satisfacción se aprecia en el siguiente discurso:

“...trabajar con el adulto mayor es un trabajo gratificante, debido a que ellos están al pendiente del día que les toca reunirse, se les cita a una hora pero ellos llegan mucho antes...” (Margarita)

En efecto, el trabajo en equipo requiere de ciertas características básicas para su adecuado funcionamiento, las cuales al estar bien definidas y claramente establecidas permiten la sustentabilidad en el tiempo.

Podemos manifestar que, equipo multiprofesional es mucho más que la simple sumatoria de profesionales y técnicos que van o intentan por lo menos, conseguir un objetivo común. Es por sobre todo un sistema integrado de miembros, con un objetivo de producción común, que sumando conocimientos, técnicas y

recursos, interactúan en su interior, mediante un método de trabajo, sumando esfuerzos y habilidades de cada uno de sus componentes.

Se necesita la participación en la toma de decisiones y sugerencias al equipo de salud y el interés de ellos en el trabajo, y esto se relaciona con la motivación que los lleva a realizar el mismo y esta última con la satisfacción generada como producto de ese trabajo; pues el adulto mayor merece una atención holística. Debido a que a veces nos enfrentamos a situaciones complejas del cuidado y no encontramos respuesta a un problema, entonces es necesario que las enfermeras compartamos estos problemas y trabajemos en colaboración, a fin de que en conjunto demos solución a las situaciones de cuidado individual o familiar que se presenten.

Pese al compromiso que refieren las enfermeras para trabajar con la promoción de la salud en la PAM, muchas veces estas actividades no son desarrolladas a cabalidad, por las limitaciones que surgen en el proceso, tal como se muestra en la siguiente categoría.

3. LIMITACIONES PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD.

Se reconoce que todo trabajo requiere esfuerzo para el logro de metas trazadas pues en el camino surgen un sinnúmero de dificultades, las cuales el profesional de enfermería trata de vencer en su quehacer diario, pues intentan dar lo mejor que pueden según lo refieren los discursos. También es cierto que no lo logran en un cien por ciento pero el deseo de lograrlo es grande y hacen de todo en cuanto a sus posibilidades. Brindando un cuidado holístico a la PAM que vaya acorde de sus necesidades.

Sin embargo, en la investigación se manifestaron limitaciones intra y extra muros que dan lugar a las siguientes subcategorías.

3.1. Limitaciones intramuros:

En el 2014 el estado ha destinado al sector salud un 8.8% del presupuesto nacional, lo que representa US\$ 289 per cápita. Este escenario nos sitúa por debajo de la región, ya que Brasil invierte US \$800 y Chile duplica nuestra cifra, manteniéndonos aun en uno de los más bajos promedios, comparados con otros países de Latinoamérica.⁵¹

La distribución del gasto en promedio es de 5.6 % para la atención preventiva, 64.6 % para la curativa y 30 % para administración y otros.⁵² La inversión prioriza los aspectos recuperativos dejando de lado la promoción de la salud.

A nivel mundial la mayoría de los recursos se destinan a las intervenciones después de que las enfermedades han ocurrido y no a los programas que podrían prevenirlas.⁵³ Esta misma situación es la que se tiene en nuestro país y la región

Lambayeque no es ajena a esta realidad. Tal como se expresa en el siguiente discurso:

“...el establecimiento no cuenta con dinero destinado solo para el programa del adulto mayor...” (Margarita)

Sumado a esto, se tiene que la oferta de las prestaciones de salud está organizada en tres niveles de atención, encontrando un mayor número de establecimientos de salud de primer nivel, cuyas intervenciones están orientadas a la promoción de la salud y prevención del daño o enfermedad, asimismo diseñadas para brindar atención a los problemas menor complejidad, que representan casi el 80% de la demanda. Es por ello, que los establecimientos del primer nivel de atención representan aproximadamente el 98% de los establecimientos de salud en el país y en casi todos los de categoría I - 1, las prestaciones de salud son dadas por técnicos asistenciales y profesionales de enfermería.⁵⁴

Es importante mencionar, que la gran demanda de atención debería darse en los establecimientos del primer nivel de atención, para daños de menor complejidad y de bajo costo, dejando los problemas graves o de mayor complejidad para los establecimientos de segundo y tercer nivel.

Sin embargo, la distribución de los recursos humanos en salud están más concentrados en el segundo y tercer nivel de atención; y los profesionales de enfermería que logran permanecer en establecimientos de primer nivel, no son reconocidos por la labor de promoción y prevención que realizan, con lo cual, en el tiempo, buscan migrar a hospitales de segundo y tercer nivel por identificar incentivos remunerativos por guardias u otros conceptos.⁵⁴ Todo ello, genera

ineficiencia y riesgo de sostenibilidad financiera del sistema de salud e insatisfacción por parte de los usuarios de los servicios de salud.

La escasez de recursos en salud afecta a países en vías de desarrollo. De acuerdo al informe sobre la salud en el mundo del año 2006, existe un grupo de 57 países, la mayoría de ellos africanos, con deficiencias críticas en la cantidad de personal de salud. El Perú posee el triste privilegio de ser el único país sudamericano considerado en este grupo.⁵⁵ Pues esto se refuerza en los siguientes discursos:

“...hay una sola enfermera que lleva la estrategia del adulto mayor la cual soy yo, pero además llevo promoción de la salud, daños no transmisibles, zoonosis y TBC, debido a esto el trabajo extramural se ha visto afectado... por el déficit de personal, trato de solventar los servicios a mi cargo...” (Margarita)

“...yo me hago cargo de las emergencias y no me alcanzo, además soy la jefa y tengo que también hacerme cargo de la organización del centro de salud...” (Dalina)

“...no salimos a captar adultos mayores fuera del centro por lo que hay poco personal, además ellos llegan al centro y si realizamos el trabajo extramural no nos encuentran...” (Jacky)

Al respecto la OMS en el Informe Sobre Salud en el Mundo manifiesta, que el personal sanitario no tiene una buena disponibilidad numérica, sigue siendo lamentablemente insuficiente para cubrir las necesidades sanitarias: se calcula que el déficit total es del orden de 4,3 millones de trabajadores.⁵⁶

Así mismo se identifica que el discurso del sistema de salud en relación con sus propósitos de mejorar la eficacia, efectividad, economía, equidad y calidad de los servicios, no se concreta en la práctica y que la aplicación de la normativa a través de los planes de beneficio a cargo de diferentes actores ha llevado a una confusión en la ejecución de actividades relacionadas con la promoción.

El profesional de enfermería que trabaja en salud pública tiene múltiples funciones diarias. Por ejemplo un profesional de enfermería puede en el curso de pocos días, pasar de la atención en vacunas a la atención del adulto, de la atención del tratamiento antituberculoso a la consejería a pacientes con VIH-SIDA, además de elaborar la estadística mensual y la notificación semanal de enfermedades bajo vigilancia en la región. Esta multifuncionalidad hace que perciba que tienen sobrecarga laboral y hasta sentirse estresada, aunado a ello el bajo salario y el trabajo de más de 6 horas diarias, por funciones administrativas puede provocar desmotivación.⁵³

La dotación insuficiente de recursos humanos de atención en enfermería en el primer nivel, es un problema que persiste a través del tiempo, afectando la calidad del servicio de salud. Los datos estadísticos del año 2011 de la oficina de epidemiología de la región de salud de Lambayeque nos demuestra la existencia de una gran brecha de este profesional en los centros y puestos de salud de la Dirección Regional de Salud de Lambayeque (DIRESA), siendo mayor la brecha en la provincia de Chiclayo con un 82%, seguida por la provincia de Lambayeque con un 69% y Ferreñafe con el 63%. Existe una brecha de enfermeras muy alta, significando que se requieren más enfermeras para cumplir con todas las actividades programadas en las estrategias sanitarias.⁵³

Una realidad que expresa problemas serios con la gestión del potencial humano y específicamente con la dotación de personal, entendiéndose como un proceso que consiste en proporcionar a las unidades de la institución el número adecuado de personas de cada categoría para que realicen sus tareas.

Según la OPS, es el proceso integrado para determinar el número y categorías de personal de enfermería requerido para ofrecer un nivel determinado previamente de calidad de atención a una población específica de personas.⁵³

La existencia de esta brecha de recursos de enfermería es un indicador de una mala inversión del gobierno, quienes dirigen no priorizan el costo beneficio. El costo beneficio se incrementará si se plantea promover la integración de la inversión social en el nivel local por parte de los gobiernos regionales, locales y la comunidad bajo un plan de salud integral que evite duplicidad de intervenciones, priorice las acciones promocionales y preventivas y se articule a un planeamiento estratégico para promover mejores condiciones de vida y salud para la población.⁵²

No solo se requiere más enfermeras, sino otras políticas de gestión de recursos humanos, no solo más personal dentro del mismo sistema, sino otras políticas y prácticas de recursos humanos. El desfase del sistema de salud respecto al crecimiento de la demanda y la muy débil inversión en salud ha puesto en el primer plano el repotenciamiento, pero se requiere también innovar la política de recursos humanos y el sistema de salud.⁵⁷

La falta de enfermeras se ha hecho notoria con la implementación del aseguramiento universal en salud, que ha incrementado la demanda por la

prestación de servicios de salud, sumando a ello la expansión de la infraestructura y equipamiento en todo el sector salud en referencia al crecimiento poblacional.

El aseguramiento universal es el derecho a la atención en salud con calidad y en forma oportuna que tiene la población residente en el territorio nacional desde su nacimiento hasta su muerte.⁵⁸ La universalización del aseguramiento en salud será gradual y progresiva en el territorio nacional, en lo que se refiere a la extensión de la cobertura de afiliación y a la extensión geográfica de aplicación, y la expansión del plan de beneficios del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) de acuerdo al Plan de Implementación aprobado.⁵⁹

Esta política, que consolidará y ampliará la cobertura de salud a nivel nacional, se constituye en una oportunidad para las familias con mayores carencias económicas. Así también, se definió el PEAS, teniendo en consideración el manejo integral en promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en los tres niveles de atención de salud con los que cuenta el país. Además garantizará la calidad de la atención, mediante la introducción de garantías explícitas en el PEAS respecto de la oportunidad (tiempos de espera) y la calidad de la prestación de los servicios mediante estándares auditables.⁶⁰

Las restricciones de la oferta pública (tiempo de espera, colas, gratuidad incompleta, ausencia de insumos/equipos operativos/personal especializado, paros de personal, entre otros) del MINSA vienen impidiendo el hacer efectivos los beneficios esperados del aseguramiento universal. Si bien la población con seguro de salud pasó del 37% al 64% entre 2004 y 2011, debido principalmente a la expansión del SIS, la brecha entre los afiliados y aquéllos que tuvieron acceso real a la oferta pública del MINSA se abrió, poniendo en evidencia restricciones

provenientes, principalmente, de la falta de personal calificado, sobre todo especializado, de una infraestructura antigua, obsoleta, con escaso mantenimiento, y de centros de salud y puestos de salud con severas dificultades para funcionar como redes, todo ellos con carencias de insumos y personal con altas insatisfacciones.⁶¹ Tal como se muestra en los siguientes discursos:

“...tratamos de atenderlos en todo lo que podemos pero esto no es posible, no se puede brindar un cuidado integral... no tenemos el servicio de odontología por lo que los referimos a otro centro de salud...” (Estrella)

“...en lo que se puede se trata de brindar un cuidado acorde con las necesidades del adulto mayor... desgraciadamente el centro de salud solo cuenta con el servicio de enfermería, odontología y medicina... pero no contamos con un psicólogo...” (Margarita)

Sin embargo y más allá de la diversidad y el cambio que enfrentan las enfermeras en la atención la salud y en la práctica profesional de la enfermería, los cuidados son la razón de ser de la profesión y constituyen el motor del quehacer y por lo tanto el foco de atención y objeto de estudio de la enfermería como disciplina profesional.

La atención sanitaria es una industria de servicios basada fundamentalmente en el capital humano. Los proveedores de atención de salud personifican los valores esenciales del sistema: curan y atienden a las personas, alivian el dolor y el sufrimiento, previenen enfermedades y mitigan los riesgos; son el vínculo humano

entre conocimiento y acción sanitaria. Por ende la fuerza de trabajo, es el elemento clave de todo el sistema sanitario y fundamental para hacer progresar la salud.

3.2. Limitaciones extramuros:

Es destacado que todo trabajo requiera de un esfuerzo para llegar a un objetivo, cuando el profesional de enfermería realiza la promoción de la salud en la PAM, encuentra una serie de limitaciones fuera del centro de salud, por ende debe tratar de solucionarlos, para ello debe incorporar a su actuar el primer lineamiento de la promoción de la salud, el cual es desarrollar alianzas intra e intersectoriales para la promoción de la salud. Por lo tanto, el profesional de enfermería debe promover una responsabilidad compartida entre los sistemas de salud, la población, sus organizaciones y las diferentes instancias del Estado.

El profesional de enfermería debe coordinar con los municipios, las escuelas y otras instituciones en el ámbito local para favorecer el desarrollo de entornos y estilos de vida saludables, incorporando la promoción de la salud en la agenda pública, en las políticas y planes de desarrollo local como trabajar con los proyectos de proyección social para promocionar la realización de la promoción de la salud en la PAM, pues así tendremos personas activas evitando gasto en la recuperación y rehabilitación de las familias que tiene PAM en casa. El profesional de enfermería trata de generar estos apoyos según los siguientes discursos:

“...tengo entendido que la municipalidad debe dar apoyo a estas personas pero cuando voy a coordinar no hay respuesta alguna, he ido a solicitar ayuda pero nunca dan solución alguna...” (Margarita)

“...nosotros no contamos con apoyo de la municipalidad, el centro es el que nos apoya en las actividades...” (Estrella)

“...nosotros no recibimos apoyo de nadie, por el momento no contamos con centros de apoyo...” (Jacky)

El cuidado de la salud no es función únicamente del sector salud, sino un esfuerzo multisectorial y de la sociedad civil, porque históricamente los presupuestos del MINSA han asignado más recursos a la curación que a la prevención y finalmente porque no ha mejorado la eficiencia del gasto que perjudica el beneficio para los usuarios de servicios.⁵²

Las intervenciones en promoción de la salud son de carácter intersectorial, es decir, involucra a los sectores salud, educación, justicia, planeación, entre otros, en las que también se debe incluir la participación comunitaria como mecanismo válido y eficaz para su implementación. Del mismo modo, promoción de la salud es un mediador e integrador entre las ciencias y disciplinas comprometidas con el mejoramiento social, económico, político y ambiental en general.²²

La acción sanitaria intersectorial es considerada primordial para el logro de una mayor equidad en salud, especialmente en aquellos casos en que el progreso dependa de decisiones y acciones de otros sectores. Un objetivo importante de la acción intersectorial consiste en lograr una mayor concienciación sobre las consecuencias sanitarias de las decisiones políticas y las prácticas organizativas de distintos sectores, y con ello, un movimiento en la dirección de unas políticas públicas saludables y prácticas.⁶²

Tener el apoyo intersectorial ayudará en el proceso de diagnóstico, planificación, ejecución y toma de decisiones de asuntos que se consideran de importancia para el desarrollo social. La acción intersectorial permite aunar fuerzas, conocimientos y medios para comprender y resolver problemas complejos que no pueden ser resueltos por un solo sector, y, puede materializarse en forma de iniciativas comunes, alianzas, coaliciones o relaciones de cooperación.¹⁷

Pero en muchas ocasiones vemos que las empresas privadas no muestran su interés en la realización de acciones de promoción de la salud y por el contrario buscan ahorrar dinero que tienen asignados para este fin, a lo que se suman dificultades técnicas, de control y de participación. Todo lo anterior lleva al fortalecimiento del sistema en lo curativo mientras se limita la provisión de programas de promoción de la salud.

La justificación de la acción intersectorial de la promoción de la salud responde justamente a la comprensión de la relevancia de los determinantes fundamentales de la salud, los cuales dependen de diferentes sectores y la necesidad de reducir las brechas persistentes en el estado de salud de la población.

Cabe mencionar que en la Conferencia Latinoamericana de Promoción de la Salud y Educación para la Salud de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (UIPES), participantes de 20 países congregados hicieron un llamado a la solidaridad y a la responsabilidad política de los gobiernos y de las organizaciones no gubernamentales con un objetivo central.²²

Sumado a esto tenemos que el profesional de enfermería, debe tener el conocimiento y la capacidad para utilizar las estrategias de la promoción de la salud

como es la abogacía y políticas públicas, la abogacía consiste en el conjunto de recursos y habilidades para influir en la opinión pública y movilizar recursos y fuerzas para apoyar políticas y propuestas específicas, es una estrategia que combina acciones individuales y sociales destinadas por un lado, a superar resistencias, prejuicios y controversias; y, por otro lado, a conseguir compromisos y apoyo para las políticas de salud, aceptación social y apoyo de los sistemas.¹⁷

Por ende el profesional de enfermería, debe contar con liderazgo para presentar programas de promoción de la salud y tener énfasis en hacer pública la idea o propuesta, solución sobre un problema o tema de importancia.

Para la OMS la política pública que favorece la salud es una de las estrategias centrales de la promoción de la salud. Milio considera que la política pública es la más poderosa herramienta para moldear la forma de vida y que afecta los muchos contextos en los cuales la gente vive.¹⁷

La gestión intersectorial y abogacía a favor de la salud pone en acción al principio emblemático que enmarca a todas las estrategias que cuyo objetivo común es la responsabilidad compartida tanto, como los sistemas de salud, las empresas privada y nacionales. Es necesario que la enfermera esté relacionada con estas estrategias porque ella es la persona que convive con la comunidad y tendría una gran contribución en la formación política pública favorable a la salud sustentada en objetivos, metas nacionales y acuerdos de acciones, que dé seguimiento cercano a la tarea que efectúe cada uno de los actores.

Además de estos procesos es necesario que el profesional de enfermería, trabaje en conjunto con la familia para el logro de metas en cuanto a la promoción de la salud.

La familia es el lugar insustituible para formar al ser humano íntegro, para configurar y desarrollar la individualidad y originalidad del mismo siendo vital y trascendental para el pleno desarrollo de la calidad de vida de la PAM; cuando este lazo familiar se desintegra afecta directamente a su estado emocional, espiritual, económico y demás dimensiones, en donde las relaciones están en directo conflicto o simplemente existe una indiferencia total, originando desequilibrio en la vida de la persona para abastecer necesidades y así afecta directamente la calidad de vida del ser humano.¹²

La familia tiene un papel rector en garantizar al adulto mayor los recursos económicos, sociales y psicológicos, cuando la familia no puede llevar a cabo estas obligaciones se le conoce como abandono social hacia el adulto mayor suele definirse como: la falta de atención y cuidado por parte de los familiares el cual afecta en mayor parte el aspecto psicológico y emocional. Los adultos mayores suelen deprimirse mucho, no quieren comer y no quieren vivir e incluso quieren quitarse la vida porque sienten ser discriminados de múltiples formas empezando desde el hogar, donde su propia familia les grita, hoy la tendencia es verlos como improductivos, ineficientes, enfermos y decadentes la mayoría viven en condiciones de pobreza, abandono e imposibilitadas para valerse por sí mismo.⁶³

Las condiciones de salud y enfermedad de la población mayor de 60 años son motivo de intranquilidad e incertidumbre constante en las familias y para los adultos mayores. Es común que la presencia de enfermedad o discapacidad,

acompañada de soledad, abandono, inestabilidad económica, coloca a las familias en situaciones críticas, pues en la mayoría de los casos, se trata de enfermos con más de un padecimiento y la atención médica significa egreso altos en la economía familiar que termina por agotar la paciencia y la reserva monetaria en muchas de ellas, es por eso también la necesidad de buscar múltiples trabajos por lo que el tiempo del cuidador es muy corto, además de realizar el mantenimiento del hogar, esta es una limitación que tiene que afrontar la enfermera.⁶³

Actualmente la enfermera encuentra, que el abandono o el desinterés familiar en el adulto mayor, es una barrera pues no permite que el adulto mayor participe de las actividades programadas en el centro de salud, tal como se evidencia en el siguiente discurso:

“...la familia o el acompañante, no acompaña al adulto mayor a las actividades o charlas que se le brinda al adulto mayor...” (Jacky)

En la PAM, la familia cobra un significado especial porque ocupa el primer lugar como fuente de amor y confianza, es la proveedora principal de sus cuidados y fuente de sostén preferida; constituye un eslabón de defensa de sus relaciones sociales y es el área de vida más importante para él junto con la salud. La vida de la mayoría de las personas de edad avanzada se enriquece por la presencia de personas que cuidan de ellas y a quienes estas se sienten cercanas.

Para la PAM la familia se presenta como la primera prioridad, esto ocurre debido a que, la mayoría de ellos se convierten en abuelos y esto les aporta mucha felicidad y ocupa gran parte de su tiempo; además, un factor muy importante radica en la interacción de los abuelos con los nietos lo que proporciona al adulto mayor

un tiempo valioso desde el aspecto afectivo. Por esta razón la familia cumple un rol sumamente fundamental que incide de manera positiva en el adulto mayor.⁶⁴

Es importante el papel de la familia que ayuda a desarrollar un sentimiento de bienestar y seguridad para los adultos mayores, puesto que, en esta etapa de la vida las personas tienden a desarrollar problemas relacionados con la depresión, debido al abandono de los hijos, lo que produce un vacío en la vida de los adultos mayores, por lo que, la familia le brinda la oportunidad de sentirse parte importante.⁶⁴

Pero esto a veces se encuentra limitado, ya que una familia con trastornos en su funcionamiento repercute negativamente en las necesidades y demandas que se presentan en el desarrollo vital del adulto mayor y si estas no son enfrentadas adecuadamente se altera, por ende, el equilibrio entre estabilidad y cambio, produciendo rigidez y desajustes adaptativos que se pueden prolongar por años, con gran sufrimiento para algunos miembros donde los ancianos son mayormente afectados.⁶⁵

En cambio un funcionamiento familiar saludable, posibilita a esta cumplir exitosamente con los objetivos y funciones que le están histórica y socialmente asignados por caracterizarse por su solidaridad, responsabilidad compartida, la ayuda el respeto mutuo y las expresiones de afecto entre sus miembros. Si no se conoce como manejar al anciano se corre el riesgo de aumento de la morbilidad, se sufren suicidios y accidentes, puede incluso llegar a la discapacidad.⁶⁵

Autores como Rocabruno, et al., plantean que resulta importante la protección que reciba el adulto mayor de su familia porque esta constituye el pilar

fundamental de su vida. Explica además que las relaciones intrafamiliares están determinadas por múltiples factores, unos de tipo físico material y otros psicológicos afectivos de los que dependen en mayor o menor medida, el fortalecimiento y la armonía de las relaciones intrafamiliares y el bienestar y la seguridad de las personas mayores.¹²

Además Salgado¹² en su investigación concluyó, que después de un proceso de intervención se logró sensibilizar a las familias sobre la necesidad de afecto al adulto mayor; así como también, cumplir funciones esenciales como el cuidar y compartir con amor y protección, constituyendo un factor importante en la vida de los adultos mayores.

Por lo tanto las ventajas de la familia en su rol de cuidadora de ancianos es señalada por tener generalmente como objetivo mayor seguridad emocional y mayor intimidad, evita al mismo tiempo los problemas psicopatológicos de la institucionalización: despersonalización, abandono, negligencias, confusión mental, medicalización exagerada y falta de afecto.⁶⁵

En efecto la PAM requiere de un cuidado transdisciplinario efectivo, que incluya no solo la recuperación sino también y, muy destacadamente, la promoción de su salud, el crecimiento individual y familiar. Es en este contexto general donde la profesional de enfermería debe entregar su contribución específica complementando a la ciencia del curar.

Por ello, es muy importante recalcar que la familia es la responsable de garantizar un entorno que compense las pérdidas de esa etapa de la vida, pero sin sobreprotección, ni marginación. Reconocer la importancia del adulto mayor en la

familia es reafirmar su autoestima y ofrecerle un nuevo significado a su existencia para prolongar sueños y esperanzas. Ese medio familiar es el que favorece un adulto mayor para sí y para la sociedad, y garantizará una larga vida con calidad física y mental.

La atención integral de salud, es un proceso continuo que se centra en la atención integral a las familias, priorizando las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, preocupándose de las necesidades de salud de las personas antes de que aparezca la enfermedad, entregándose las herramientas para su autocuidado, el énfasis en promover estilos de vida saludables, en fomentar la acción intersectorial y en fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria para mejorar las condiciones de salud.

4. FACILITANDO LA RELIGIOSIDAD EN EL ADULTO MAYOR.

Cada ser humano requiere de un cuidado espiritual que le permita crecer como persona y satisfaga sus necesidades espirituales. Más aún en el adulto mayor, que tanto en el proceso de envejecer como en la evaluación de la vida que suele ocurrir al aproximarse a la muerte, pueden surgir conflictos, confusión y sufrimiento, alterando el bienestar psíquico de la PAM.⁶⁶

El envejecer es un proceso del desarrollo humano al que es necesario adaptarse, pues las distintas características de la etapa de la vejez suponen para el individuo desafíos, logros y frustraciones, posibilidades de conflicto y dificultades, entre los cuales se puede mencionar un debilitamiento físico progresivo, la pérdida de seres queridos, y la muerte. Y al igual que en cualquier otra etapa de la vida, en la vejez se apela a los recursos que se dispone para hacer frente a las dificultades.⁶⁷

Erickson, conceptualiza el desarrollo de la adultez como progreso y no como declinación, e incorpora la dimensión espiritual en su enfoque de la última parte de la vida. Para este autor, en la tercera edad, ocurría un conflicto entre integridad y desesperanza. La integridad en los adultos mayores se caracteriza por un sentimiento de seguridad y satisfacción acumulada, de haber alcanzado un orden en el mundo y un sentido espiritual, que es la aceptación del propio ciclo de vida como algo que debía ser de esa manera.⁶⁷

La espiritualidad es un elemento central del cuidado de enfermería que debe ser atendido con alta prioridad. El modelo de Roy guía la valoración de cómo las creencias religiosas de las personas o sus recursos espirituales le ayudan a promover adaptación. La dimensión espiritual del individuo es interdependiente y está interrelacionada a todas las demás dimensiones humanas, incluidas la biológica, la

psicológica y la social.⁶⁶ Estas dimensiones están integradas y es por ello que resultan consistentes para comprender los modelos holísticos de enfermería.

Según Watson, la enfermería incluye una dimensión espiritual, incluso metafísica del proceso del cuidado y presenta la instalación de la fe y esperanza como un factor prioritario y característico de enfermería.⁶⁶ Cabe resaltar que Watson opina que la espiritualidad es un aspecto esencial que influye en las condiciones emocionales y físicas de las personas.⁶⁸ Por lo tanto el papel de enfermería se torna indispensable, tal vez no para la total recuperación de la salud, sino para brindar calidad y calidez en la acción de cuidar de aquellas personas que buscan y anhelan el bienestar espiritual.

En otro aspecto hay algunos autores que no distinguen entre religión y espiritualidad, a pesar de que ambas son convicciones espirituales y estilos de vida, hay diferencia entre religiosidad y espiritualidad.

Hay quienes diferencian la espiritualidad de la religión asociando la primera con las relaciones de la persona en sus diferentes dimensiones de trascendencia y la segunda con las reglas o normas, es decir, que mientras que la espiritualidad se refiere a aquella parte del ser humano que encuentra significado a través de conexiones intra – inter – y transpersonales, la religión puede ser vista como un puente a la espiritualidad que fomenta formas de pensamiento, sentimientos y comportamientos que ayudan a la gente a experimentar este sentido de significado.⁶⁶

La práctica religiosa es también una forma en que los individuos, con frecuencia en el contexto de compartir una orientación junto a otros, expresan su

espiritualidad. Las expresiones de espiritualidad, sin embargo, no se restringen a las prácticas religiosas. Es importante reconocer que los seres humanos, como quiera que seleccionen expresar su espiritualidad, son seres espirituales, es decir, que aún aquellos que no se perciben como religiosos, como humanos, buscan significado.⁶⁶

La religiosidad es de naturaleza social, mientras que la espiritualidad es singular, específica y personal, se caracteriza por un sentido de integración con la vida y con el mundo, y se vive como la experiencia de lo divino. La religiosidad tendría carácter directivo, al señalar cómo buscar lo divino, a través del adoctrinamiento y la congregación con otros, mientras que la espiritualidad se caracterizaría por la búsqueda de lo divino, a través de cualquier ruta o experiencia de la vida. La religiosidad es institucional, dogmática y restrictiva, mientras que la espiritualidad sería personal, subjetiva y fomentadora de la calidad de vida.⁶⁹

Para Delgado, la espiritualidad va más allá de la religión y de los límites culturales, y se caracterizaría por la fe, por un sentido de significado y propósito en la vida, un sentido de conexión con los demás y una transcendencia de sí mismo, las que resultan en bienestar y paz interior.⁶⁹

En este contexto, la enfermera precisa de conocimientos científicos, teóricos y humanísticos, para satisfacer la confianza depositado por dicha persona y su entorno familiar, quienes demandan atención de calidad; fundamentada en la condición de persona en estado de necesidad, que necesitan aprecio, seguridad, amor, pertenencia y autoestima, generando sentimientos de compañerismo, solidaridad, amistad y ayudarlo para que no se sientan solos.⁷⁰ Por una parte, su formación debe de ir más allá de la profesional pues pasa por su personalidad y sus actitudes de fondo hacia lo espiritual. Y por otra, sus habilidades profesionales, pues

no solo necesita ser sensible a lo espiritual, también debe estar capacitada para intervenir o dirigir espiritualmente a la PAM en el contexto de sus creencias y practica religioso-espirituales. Tal como se expresan en los siguientes discursos:

“...vemos la parte espiritual a través de las oraciones, ya que en esta etapa ellos están muy apegados a la religión y debido a que muchos de ellos ya no viven con sus hijos...” (Margarita)

“...en la parte espiritual antes de empezar una sesión educativa rezamos e incentivamos a que ellos asistan a misa...” (Dana)

Resulta esencial que la enfermera(o) sepa responder de manera integral a las necesidades de las PAM; pues es fundamental para llevar a cabo un proceso de relación de ayuda eficaz, cubriendo las necesidades espirituales y emocionales de la persona, con el objeto de promover su bienestar biopsicosocial y espiritual para enfrentar el proceso de envejecimiento; la enfermera tiene que descubrir y adquirir los conocimientos acerca del mundo de la persona y así haga uso de sus puntos de vista internos, sus conocimientos y prácticas, todo con la ética adecuada.

El profesional de enfermería debe darle un alto significado al cuidado espiritual como parte de los cuidados de rutina, enfatizando y siendo partícipe en el respeto por la dignidad humana, en los momentos de oración, en los momentos de acompañamiento, en los momentos de reflexión y de apoyo moral-espiritual por parte de los sacerdotes o religiosos.¹⁵ Además debe atender a las necesidades humanas de cada persona, es lo propio de la atención integral, atención holística, atención que no deja ningún cabo suelto en su preocupación por el desarrollo total del ser humano.⁷¹

Entonces el cuidado espiritual busca el equilibrio entre lo corpóreo, lo espiritual y el aspecto mental. Este equilibrio se logrará siempre y cuando la enfermera brinde atención armónica, trato amable, escucha activa, empatía, simpatía, preocupación por los valores y las creencias morales y preocupación por la dimensión espiritual.

Al respecto Salazar¹⁵, en su investigación refiere que la espiritualidad es la búsqueda del equilibrio entre cuerpo, mente y alma, a través de una relación terapéutica cálida e incondicional por parte de la enfermera. Para ello, es necesario cuidar reafirmando la labor de compañera, madre, amiga, hermana, hija y educadora; siendo ella consciente de sus principios de amor, humildad, desprendimiento, relación de ayuda y compasión.

En resumen la práctica cotidiana de la enfermería debe sustentarse en un sistema sólido de valores humanísticos que la enfermera debe cultivar a lo largo de su vida profesional e integrar los conocimientos científicos para guiar la actividad enfermera. Esta asociación humanística-científica constituye la base de la ciencia de cuidar. Por lo tanto es necesario que la enfermera responda de manera holística las necesidades de los adultos mayores, con el objetivo de promover su bienestar biopsicosocial y espiritual para enfrentar el envejecimiento.

CONSIDERACIONES FINALES

La promoción de la salud proporciona la información y las herramientas necesarias para mejorar los conocimientos, habilidades y competencias necesarias para la vida. Al hacerlo genera opciones para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el ambiente, y para que utilice adecuadamente los servicios de salud.

La educación para la salud es un instrumento clave para la promoción de la salud en el adulto mayor, siendo la charla educativa la técnica más usada. Sin embargo, se observó que las enfermeras no diferencian las actividades de prevención y promoción de la salud, lo cual obstaculiza su máxima efectividad.

Los aspectos en el que se incide la educación para la salud, están referidos a los ejes temáticos del Modelo de abordaje de la promoción de la salud tales como: promoción de la alimentación y nutrición saludable; higiene y ambiente; y actividad física. Si bien es cierto que, estos tres ejes temáticos aportan a la PAM una mejor calidad de vida; es importante que la enfermera también desarrolle otros ejes temáticos como salud sexual y reproductiva; habilidad para la vida; seguridad vial y cultura de tránsito; y promoción de la salud mental, buen trato y cultura de paz.

Las enfermeras refieren que se debe de conocer el fondo cultural de cada persona, pero esto es olvidado al momento de brindar un cuidado a la persona. El modelo de Madeleine Leininger hace hincapié que el profesional de enfermería conozca el fondo cultural de cada persona, pues esto es preciso para que se produzca una comunicación intercultural eficaz. En este contexto se valora las creencias y valores de las personas para así proporcionar cuidados enfermeros efectivos y coherentes con su cultura para desarrollar estrategias de promoción de la salud.

Las enfermeras refieren que el equipo multiprofesional constituye un elemento facilitador en la promoción de la salud y se constituye en un sistema integrado donde todos los miembros que participan de las actividades del programa del adulto mayor, con un objetivo común. La comunicación dentro del equipo de trabajo es afectuosa creando relaciones positivas. Pero se necesita la participación en la toma de decisiones y sugerencias al equipo de salud y el interés de ellos en el trabajo, pues se relaciona con la motivación y la satisfacción que genera el producto del trabajo.

El profesional de enfermería tiene una sobrecarga laboral por las diferentes funciones que desarrolla dentro y fuera del centro de salud, a esto se suma la dotación insuficiente de recursos humanos en enfermería, y el presupuesto insuficiente asignado al sector salud que es un problema ya que afecta la calidad del servicio de salud que se brinda, además que no se puede desarrollar todas las actividades programadas para la promoción de la salud. Por lo que se hace necesaria la intervención del MINSA, para la dotación suficiente de personal de salud a los centros de salud del primer nivel de atención, pues esto generaría una mejora en la calidad del servicio y del cuidado brindado hacia la familia, persona o comunidad.

El profesional de enfermería no cuenta con el conocimiento y la capacidad para utilizar las estrategias de la promoción de la salud como es la abogacía y políticas públicas para facilitar el desarrollo de los programas de promoción de la salud en el adulto mayor, además de formar parte de un equipo intersectorial para la formación de nuevas políticas públicas saludables haciendo participe a las empresas privadas y nacionales. Pues debería desarrollara estas estrategias para

mejorar la intervención en la promoción de la salud, apoyándose de políticas y el equipo intersectorial.

Las enfermeras refieren que la familia para el adulto mayor es de suma importancia, pues es la proveedora de cuidados, soporte, amor y confianza en este grupo etario. El profesional de enfermería tiene que hacer partícipe a la familia en proceso de un envejecimiento saludable, porque puede encontrar familias disfuncionales por ende la existencia del abandono social del adulto mayor, el cual va hacer un obstáculo para las actividades de promoción de la salud.

El profesional de enfermería utiliza un proceso de relación de ayuda eficaz, cubriendo las necesidades espirituales y emocionales del adulto mayor, con el objeto de promover su bienestar biopsicosocial y espiritual. Por lo tanto el cuidado espiritual busca el equilibrio entre lo corpóreo, lo espiritual y el aspecto mental; pues esto se logrará cuando la enfermera brinde atención armónica, trato amable, escucha activa, empatía, simpatía, preocupación por los valores y las creencias morales y preocupación por la dimensión espiritual de la persona.

RECOMENDACIONES

Es necesaria la capacitación periódicamente al profesional de enfermería del programa del adulto mayor en temas de promoción de la salud para el fortalecimiento de competencias del recurso humano en el área educativa, innovando técnicas y metodologías educativas que permitan mayor participación de los educandos, para que así puedan articular todas las actividades que realicen, siguiendo la línea de promoción de la salud dentro de la atención integral al adulto mayor.

El profesional de enfermería que labora en el programa del adulto mayor, debe identificar las necesidades educativas y de salud del adulto mayor, tomando en cuenta todas las características de este grupo etario, esto permitirá planificar los contenidos a desarrollar como también ir rediseñando estrategias educativas que impacten en la atención al adulto mayor.

El profesional de enfermería debe diseñar un instrumento que se emplee para medir la eficacia de las intervenciones de promoción de la salud en los adultos mayores, como un plan de mejora continua.

Se necesita que el profesional de enfermería desarrolle dentro de su quehacer diario la abogacía, para que implemente como estrategia de atención primaria y actividades de promoción de la salud, el apoyo de las organizaciones y la participación comunitaria creando alianzas estratégicas con diferentes instituciones. Es necesario que se siga promocionando la salud en los diferentes escenarios o ambientes de la vida cotidiana, donde se pueden desplegar las acciones con mayor impacto en la salud.

El equipo multiprofesional que participa en la atención integral al adulto mayor debería organizar reuniones para planificar sus actividades, a través de un cronograma de acciones que les permita lograr objetivos y enfrentar obstáculos en común, así como mantener la buena comunicación para fortalecer las relaciones laborales.

Las Gerencias Regionales de Salud (GERESA) en apoyo intersectorial deben hacer cumplir las normas técnico-administrativas nacionales establecidas para la Atención de Salud Integral al adulto mayor, asimismo identificar y neutralizar los obstáculos al desarrollo de estrategias de promoción de la salud en este grupo etario.

La Gerencia Regional de Salud de Lambayeque, debe visualizar la importancia de dotar de mayor cantidad de enfermeras a los centros de salud del primer nivel de atención, para que desarrollen de manera adecuada y eficaz la promoción de la salud.

El Colegio de Enfermeros del Perú (CEP), debe incentivar y promover la especialidad de Promoción de la Salud para hacer notoria las actividades de la enfermera comunitaria.

Se debe dar a conocer los resultados de esta investigación a las enfermeras responsables del programa del adulto mayor, a fin de obtener la sensibilización y análisis reflexivo de la realidad, en que se viene desarrollando los programas preventivos promocionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Prieto A, Blazquez S, Fernández R. El papel de la enfermería en la promoción de salud de la persona hipertensa. [En línea] s/f. [Consultado 20 Mayo 2013]. Disponible en: <http://www.ehrca.org/im/pdf/9coelpapeldelaenfermeria.pdf>
2. Nájera R, Castrillón M. La Enfermería en América Latina Situación actual, áreas críticas y lineamientos para un Plan de Desarrollo. [En Línea] Costa Rica. [Consultado 18 Abril 2013]. Disponible en: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:iDhQFTLI5wgJ:www.aladefe.org/index_files/docs/articulos/la_enfermeria_en_america_latina.doc+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=pe
3. Ministerio de Salud del Perú. Dirección General de Promoción de la Salud. Marco conceptual metodológico para el abordaje de promoción de la salud. [En Línea] Lima; 2005. [Consultado 14 Octubre 2013]. Disponible en: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:MIlx2WScpyoJ:ftp://ftp2.minsa.gob.pe/docconsulta/documentos/dgps/Modelo_Abordaje_27.doc+&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=pe
4. Aliaga E. Políticas de promoción de la salud en el Perú: retos y perspectivas. [En Línea] Lima, 2003 Setiembre. [Consultado 18 Abril 2013]. Disponible en <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd41/aliaga.pdf>
5. Gobierno Regional de Lambayeque. Plan participativo Regional de Salud Lambayeque 2005 - 2010. [En línea] Lambayeque; 2010. [Consultado 20 Mayo 2013]. Disponible en: <http://www.bvcooperacion.pe/biblioteca/bitstream/123456789/3678/1/BVCIO002499.pdf>
6. Andarcia S. Atención social a los adultos y adultas mayores integrantes de la aldea de encuentro “La Milagrosa” asistidos en el centro de servicios sociales residencial “José Manuel Suniaga” Carúpano-Estado Sucre. 2008-2009. [En

- línea] Cumaná; 2010. [Consultado 30 Mayo 2013]. Disponible en: http://ri.biblioteca.udo.edu.ve/bitstream/123456789/1688/1/TESIS_SA.pdf
7. Ortega Y. Realidades de la práctica de enfermería comunitaria vista a la luz de tres generaciones de enfermeras del estado Aragua. [Monografía en línea]. San Juan de los Moros; 2008. [Consultado 18 Abril 2013]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos61/enfermeria-comunitaria/enfermeria-comunitaria4.shtml>
 8. Tobón O. El autocuidado una habilidad para vivir. Revista Hacia la Prom de la Sald [Revista en línea] 2003 [Consultado 26 Abril 2013]. Disponible en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_5.pdf
 9. Sánchez B, Vaca A. Competencias en atención primaria del personal de enfermería en los equipos básicos de salud, área Nro. 4, Provincia de Imbabura. [Tesis en línea] Ibarra; 2010 Agosto. [Consultado 19 Abril 2013]. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/693/2/06%20ENF%20424%20TESIS.pdf>
 10. Ibarra C. Evaluación de los programas de salud del adulto mayor y el profesional de enfermería de la comunidad en Ciudad Victoria, México. [Tesis doctoral en línea] Alicante; 2012 Octubre. [Consultado 04 Mayo 2014]. Disponible en: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/28058/1/Tesis_Ibarra%20Gonzalez.pdf
 11. Quispe R. Función educativa de la enfermera en la promoción de la salud. Microred Chancas de Andahuaylas DISA IV Lima - Este. [Tesis en línea] Lima; 2007. [Consultado 15 Julio 2014]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1298/1/quispe_sr.pdf

12. Salgado F. Mejoramiento del autocuidado del adulto mayor del Pueblo Joven Luis Alberto Sánchez – Chiclayo, Perú. [Tesis en línea] Chiclayo; 2009 Agosto. [Consultado 30 Agosto 2014]. Disponible en: http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/257/1/TL_Salgado_Montenegro_FlorCecilia.pdf
13. Munarriz A, Rojas M, Rojas M. Aplicación del modelo de promoción de la salud por las enfermeras de la Microrred Chiclayo. Setiembre 2010 - Febrero 2012. [Tesis]. Chiclayo: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo - Facultad de Enfermería; 2012.
14. Villena L. Estrategias de promoción de la salud en la atención integral del adulto - Policlínicos de EsSalud, Chiclayo 2011. [Tesis en línea] Chiclayo; 2012 Setiembre. [Consultado 19 Abril 2013]. Disponible en: http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/108/1/TL_Villena_P%C3%A9rez_Lucia.pdf
15. Salazar M. Significado del cuidado de la dimensión espiritual para enfermeras que asisten a personas post operada de cirugía cardiovascular. [Tesis en línea] Chiclayo; 2014 Febrero. [Consultado 07 Agosto 2014]. Disponible en: http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/181/1/TL_Salazar_Zevallos_Yngrid.pdf
16. Resfrepo H. Antecedentes históricos de la Promoción de la Salud. [En Línea] s/f. [Consultado 18 Abril 2013]. Disponible en: <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-005.pdf>
17. Ministerio de Salud. Documento técnico. Modelo de Abordaje de la Promoción de la Salud. [En Línea] s/f. [Consultado 22 Abril 2013]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/203_PROM30.pdf

18. Chapela M. Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria. [En línea] s/f. [Consultado 22 Abril 2013]. Disponible en: http://www.famp.es/racs/ObsSalud/documentos/Promocion_de_la_Salud.pdf
19. Aristizábal G, Blanco D, Sánchez A, Ostiguín R. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. [En línea] 2011 Diciembre. [Consultado 23 Abril 2013]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2011/eu114c.pdf>
20. Potter P, Griffin A. Fundamentos de Enfermería. 5a ed. España: Océano Grupo Editorial; 2003.
21. Hernández B. Teoría de la enfermería modelo de promoción de la salud. [En línea] 2011 Diciembre. [Consultado 23 Setiembre 2013]. Disponible en: <http://teoriasenfermeras.blogspot.com/2013/06/teoria-de-la-enfermeria-modelo-de.html>
22. Giraldo A, Toro M, Macías A, Valencia C, Palacio S. La Promoción de la Salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. Rev Hacia promoc. Salud. [Revista en línea] 2010 [Consultado 22 Abril 2013]; 15 (1). Disponible en: http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772010000100010&lng=es&nrm=
23. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. [En línea] Lima; 2010. [Consultado 15 Mayo 2014]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/adultoMayor/archivos/Normas%20T%C3%A9cnicas_segunda%20parte.pdf
24. Marriner A, Raile M. Modelos y Teorías de enfermería. 6a ed. España: Editorial Elsevier S.A.; 2007.

25. La investigación cualitativa. [En línea] 2008. [Consultado 25 Abril 2013]. Disponible en: <http://juanherrera.files.wordpress.com/2008/05/investigacion-cualitativa.pdf>
26. Martínez M. Arte y Ciencia de la Metodología de la Investigación Cualitativa. 2a ed. México: Editorial Trillas; 2004.
27. Morón A. Técnicas de investigación en Pedagogía Social. [En línea] 2005. [Consultado 25 Abril 2013]. Disponible en: <http://alojamientos.us.es/pedsocial/archivos/tema19.PDF>
28. Sánchez J. Análisis del clima de aula en educación física. Un estudio de caso. [En línea] Málaga; 2009. [Consultado 25 Abril 2013]. Disponible en: <http://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/2546/17677907.pdf?sequence=1>
29. Menga Ludke e Marli E. D. A. André. El Estudio de Caso: Su potencial en Educación. 1986.
30. Mejía J. El muestreo en la investigación Cualitativa. [En línea] 2000. [Consultado 25 Abril 2013]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/inv_sociales/n5_2000/a08.pdf
31. Polit D, Hungler P. Investigación científica en ciencias de la salud: principios y métodos. 6a ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000.
32. Minayo M. La etapa de análisis en los estudios cualitativos. [En línea] Buenos Aires; 1995. [Consultado 25 Abril 2013]. Disponible en: http://www.psicol.unam.mx/Investigacion2/pdf/239_270.pdf

33. Gómez M. Análisis de contenido cualitativo y cuantitativo: Definición, clasificación y metodología. Rev de ciencias humanas [Revista en línea] 2000. [Consultado 25 Abril 2013]; 20. Disponible en: <http://www.utp.edu.co/~chumanas/revistas/revistas/rev20/gomez.htm>
34. Salgado A. Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. [En línea] Lima; 2007Setiembre. [Consultado 25 Abril 2013]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v13n13/a09v13n13.pdf>
35. Castillo E. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Rev Colombia Méd. [Revista en línea] 2003 [Consultado el 25 de Abril del 2013]; 34(3): pp. 164 - 167. Disponible en: <https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/3460/1/rc03025.pdf>
36. Decreto Supremo N° 011-2011-JUS - Aprueban Lineamientos para garantizar el ejercicio de la Bioética desde el reconocimiento de los Derechos Humanos. [En línea] Lima; 2011 Julio. [Consultado 25 Abril 2013]. Disponible en: <http://sistemas3.minjus.gob.pe/sites/default/files/documentos/difusionlegislativa/DS-N-011-2011-JUS-EL-PERUANO.pdf>
37. Promoción de la salud en el adulto mayor. [En línea] 2010 Diciembre. [Consultado 17 Julio 2014]. Disponible en: <http://promociondelasaludeneladultomayor.blogspot.com/>
38. Serrano I. La educación para la salud del siglo XXI. Comunicación y salud. 2a ed. España - Madrid: Díaz de Santos. S.A; 2002.
39. Pirantozzi L. La educación para la salud un abordaje en el trabajo de enfermería con las comunidades. Rev de Med y ciencias de la salud. [Revista en línea] 2010 Julio. [Consultado 09 Mayo 2014]. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2331/2/La-educacion-para-la-salud-un-abordaje-en-el-trabajo-de-enfermeria-con-las-comunidades>

40. "Desarrollo personal y laboral". Técnicas de comunicación oral. [En línea] s/f. [Consultado 09 Mayo 2014]. Disponible en: <https://www.grupoice.com/wps/wcm/connect/f67258004cab8619a013e27bbbe1062c/2.pdf?MOD=AJPERES>
41. Stiepovich J, Paravic T, Garfe C, Díaz H. Efectos de la consejería personalizada en la reducción de cifras tensionales en pacientes hipertensos esenciales severos. Rev. Latino-am. enfermagem – Ribeirão Preto. [Revista en línea] Janeiro; 1994. [Consultado 09 Mayo 2014]; 2(1). Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v2n1/v2n1a03>
42. Reyes I. Madeleine Leininger. [En línea] s/f. [Consultado 15 Mayo 2014]. Disponible en: http://www.geocities.ws/mi_portal_de_enfermeria/Pagina6.html
43. Leno G. Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. [En línea] Coria; 2006. [Consultado 15 Mayo 2014]. Disponible en: http://www.ugr.es/~pwlac/G22_32Daniel_Leno_Gonzalez.html
44. Yarlaque L. Prevención y promoción en salud. Introducción a las ciencias de la salud. [En línea] Febrero 2010. [Consultado 05 Agosto 2014]. Disponible en: <http://es.slideshare.net/liliyarleque/promocin-y-prevencin>
45. Firmino S, Mesquita A, Costa S, De Lima C, Carvalho A, Santos M. Promoción de la salud: la calidad de vida en las prácticas de enfermería. Enferm glob. [Revista en línea] Murcia; 2013 Octubre. [Consultado 18 Julio 2014]; 12(32). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412013000400016&script=sci_arttext

46. Zarate R. La gestión del cuidado de Enfermería. *Index Enferm.* [Revista en línea] Granada; 2004. [Consultado 09 Mayo 2014]; 13(44-45). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009
47. Trabajo en equipo. [En línea] Buenos Aires; 2000. [Consultado 08 Mayo 2014]. Disponible en: <http://www.poznerpilar.org/biblioteca/modulo09.pdf>
48. Rosales M. El trabajo en equipo multiprofesional e interdisciplinario en salud. [En línea] Barranquilla; 1999. [Consultado 05 Agosto 2014]. Disponible en: file:///C:/Users/User_Pc/Downloads/4207-14666-1-PB.pdf
49. Blanquer J; Quintana J. Habilidades de los profesionales de un centro de salud para un buen trabajo en equipo. Centro de Salud San Blas. *Rev de Med de familia y Atención Primaria.* [Revista en línea] Alicante; 2009 Octubre. [Consultado 05 Agosto 2014]. Disponible en: <http://www.revistafml.es/articulo/90/habilidades-fundamentales-para-el-trabajo-en-un-centro-de-salud/>
50. Durán R; Lencina S y sueldo I. Barreras que intervienen en el ejercicio autónomo de la profesión de enfermería. Investigación realizada en la Unidad de Terapia Intensiva del Sanatorio Allende sede Nueva Córdoba de la ciudad de Córdoba Capital. Período agosto - septiembre de 2012. [Informe de investigación en línea] Córdoba; 2013 Febrero. [Consultado 17 Julio 2014]. Disponible en: http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/duran_rocio.pdf
51. GESTIÓN. A todo pulmón, el crecimiento del sector salud y del aseguramiento privado. [En línea] Lima; 2014 Agosto. [Consultado 24 Agosto del 2014]. Disponible en: <http://gestion.pe/economia/todo-pulmon-crecimiento-sector-salud-y-aseguramiento-privado-2106447>

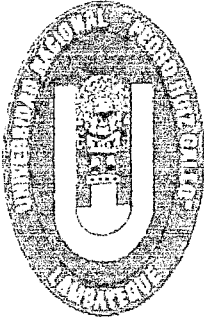
52. Díaz R. ¿Más presupuesto...para qué? Para prevenir enfermedades y para usar con eficiencia en el nivel local. FOROSALUD. [En línea] Lima. [Consultado 23 Agosto 2014]. Disponible en: http://www.forosalud.org.pe/clas_mas_presupuesto_para_que.pdf
53. Vallejos T y Rojas F. Brechas de recursos humanos en enfermería y sus efectos en la atención en los establecimientos de salud periféricos de la Gerencia Regional de Salud Lambayeque. [Informe de tesis en línea] Lambayeque; 2013 Diciembre. [Consultado 24 Agosto 2014]. Disponible en: <https://unprgenfermeria.files.wordpress.com/2013/11/informe-final-marzo-vallejos-sosa-y-rojas-rodrc3adguez.pdf>
54. Ministerio de Salud. Informe final de la comisión multisectorial encargada de revisar el sistema remunerativo del sector salud y proponer la política integral de remuneraciones de los servidores médicos, profesionales de la salud y personal asistencial del sector salud. Resolución Suprema N° 030-2013-PCM. [En línea] Lima; 2013 Agosto. [Consultado 23 Agosto 2014]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/reforma/documentos/210813InformeFinalComisionMultisectorialSalud.pdf>
55. Soto A. Recurso humano en salud. Rev Perú Med Exp Sald públ. [Revista en línea] Lima; 2011 Junio. [Consultado 29 Agosto 2014]; 28(2). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342011000200001&script=sci_arttext&tlng=en
56. Organización Mundial de la Salud. Colaboremos por la salud. Informe sobre la salud en el mundo. [En línea] 2006. [Consultado 30 Agosto 2014]. Disponible en: http://www.who.int/whr/2006/whr06_es.pdf

57. Arroyo J, Hartz J, Lau M. Recursos humanos en salud de Perú: segundo informe al país. Nuevos elementos para la toma de decisiones y políticas públicas. [En línea] 2011 Marzo. [Consultado 27 Agosto 2014]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/dggdrh/carrera_sanitaria/documentos/MANUALES%20E%20INFORMES/Recursos%20Humanos%20de%20Salud%20en%20Per%C3%BA%20do%20Informe%20al%20Pa%C3%ADs.%20Marzo%202011.pdf
58. Ministerio de Salud. Aseguramiento universal en salud. [En línea] 2011 Marzo. [Consultado 27 Agosto 2014]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/aseguramiento/default.html>
59. Ministerio de Salud. Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y su Reglamento. [En línea] Lima; 2011. [Consultado 27 Agosto 2014]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/LeyMarco.pdf>
60. Un año de implementación del aseguramiento universal en salud. Abril 2009 - Abril 2010. Informe de gestión. [En línea] Lima; 2009. [Consultado 27 Agosto 2014]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/aseguramiento/Archivos/Informe_Primer_A_nio_AUS.pdf
61. Petretera M. Cobertura universal en salud es mucho más que el aseguramiento universal. Ideele. [Revista en línea] Lima. [Consultado 27 Agosto d2014]; 235. Disponible en: <http://www.revistaideele.com/ideele/content/cobertura-universal-en-salud-es-mucho-m%C3%A1s-que-el-aseguramiento-universal>
62. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud - Glosario. [En línea] Ginebra; 1998. [Consultado 23 Agosto 2014]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>

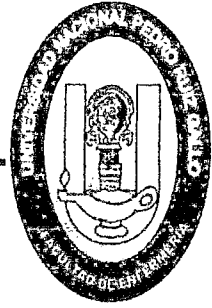
63. Martínez P. Abandono social en el adulto mayor. [En línea] s/f. [Consultado 23 Agosto 2014]. Disponible en: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:cPT__8mbSIEJ:www.hospitalgeneral.salud.gob.mx/descargas/pdf/enfermeria/abono_social.pdf+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=pe
64. Duran J. Percepción de los adultos y las adultas mayores sobre su relación con la familia, el contexto social y el Estado. Fundación Comunidad Geriátrica “Jesús de Nazareth”, Cuenca, 2012. [Tesis en línea] Cuenca; 2012. [Consultado 23 Agosto 2014]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/451/1/tesis.pdf>
65. Imbert L. El entorno familiar del adulto mayor. Realidad versus legislación. [En línea] Granma. [Consultado 23 Agosto 2014]. Disponible en: http://www.derechocambiosocial.com/revista025/desproteccion_legal_del_adulto_mayor.pdf
66. Sánchez B. Dimensión espiritual del cuidado de enfermería en situaciones de cronicidad y muerte. [En línea] Bogotá; 2004 Junio. [Consultado 25 Agosto 2014]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2050/1925/9789587611335.pdf>
67. San Martín C. La espiritualidad en el proceso de envejecimiento del adulto mayor. Hologramática - Facultad de Ciencias Sociales UNLZ. [Revista en línea] Chile; 2008 Abril. [Consultado 25 Agosto 2014]; 6(8). Disponible en: http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/3/589/hologramatica08_v1pp103_120.pdf
68. Rivera A, Montero M. Espiritualidad y religiosidad en los adultos mayores mexicanos. Salud mental. [Revista en línea] México; 2005 Diciembre. [Consultado 25 Julio 2014]; 28(6). Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/582/58262807.pdf>

69. San Martín C. Espiritualidad en la tercera edad. [En línea] 2007 Noviembre. [Consultado 25 Julio 2014]. Disponible en: <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico8/8Psico%2008.pdf>
70. Astrada E, Quiroga J. Acciones que realiza el profesional de enfermería para la satisfacción de necesidades emocionales, espirituales y sociales del adulto mayor. [En línea] Córdoba; 2009 Marzo. [Consultado 04 Mayo 2014]. Disponible en: http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/astrada_elizabet.pdf
71. Ysern J. Espiritualidad del adulto mayor - La eficacia del corazón. [En línea] Chile. [Consultado 04 Mayo 2014]. Disponible en: http://apc.ubiobio.cl/noticias/view_vistas.shtml?cmd%5B18%5D=i-26-0845b7d02be8fa8f4f849c2034ae214c

APÉNDICE



UNIVERSIDAD NACIONAL
"PEDRO RUIZ GALLO"



FACULTAD DE ENFERMERÍA
CONSENTIMIENTO INFORMADO

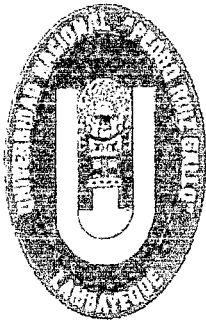
Yo....., Identificada con DNI N°..... Acepto participar de forma voluntaria en la investigación titulada: ***"Rol de la enfermera(o) en promoción de la salud con adultos mayores. Centros de salud del Distrito de Chiclayo. 2014"***, por lo que declaro haber sido informada de forma clara, precisa y suficiente de los fines y objetivos de la investigación así como en que consiste mi participación, por lo que acepto participar en la entrevista que serán grabadas por las estudiantes Victoria P. Galindo Julca, Yessica Y. Julón Guevara y Juliana K. Mariño Pomares de la Facultad de Enfermería de la UNPRG. Asumiendo que la información solo será tratada por la investigadora y sus asesora, quienes garantizan que mi privacidad será preservada.

Asumo conscientemente que el informe final será publicado, no siendo mencionados los nombres de las(os) participantes, teniendo el derecho de retirar el consentimiento para mi participación en cualquier momento y dejar de participar del estudio sin que me ocasione algún daño.

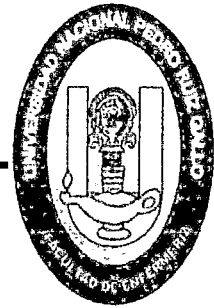
Firma del entrevistador

Firma del entrevistado

Chiclayo..... de.....del 2014



UNIVERSIDAD NACIONAL
"PEDRO RUIZ GALLO"



FACULTAD DE ENFERMERÍA

GUIA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA A PROFUNDIDAD

Introducción: La presente entrevista está dirigida a las enfermeras(os) que brindan atención a los adultos mayores en los Centros de Salud del Distrito de Chiclayo y tiene como objetivo recolectar información para la investigación titulada: *“Rol de la enfermera(o) en promoción de la salud con adultos mayores. Centros de salud del Distrito de Chiclayo. 2014”*. Se agradece su gentil colaboración.

I. DATOS GENERALES

Seudónimo:

Edad: Sexo:

Experiencia laboral en la institución:

Tiempo de cargo:

II. DATOS ESPECÍFICOS

1. ¿Cómo realiza las intervenciones referidas a la promoción de la salud en el adulto mayor?