

**UNIVERSIDAD ADVENTISTA DE CENTROAMÉRICA**

**ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO COMO REQUISITO PARA  
OPTAR AL GRADO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

***ANÁLISIS DEL NIVEL DE EDUCACIÓN EN SALUD RECIBIDA POR LOS  
USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA AL EGRESAR DEL HOSPITAL  
SAN RAFAEL DE ALAJUELA. OCTUBRE 2011- ENERO DEL 2012.***

***REALIZADO POR:***

**BACH. T. YOELA MURILLO CHRISTIAN**

**ALAJUELA, COSTA RICA, 2012**

## AGRADECIMIENTO

Primeramente a Dios por darme sabiduría, discernimiento y serenidad para realizar esta investigación. A mi tutor el MSc. Juan Córdoba Franco por el esfuerzo en guiarme durante esta jornada y animarme a seguir adelante. A la profesora MSc. Xinia Molina Juárez por su dedicación, paciencia y metodología de enseñanza; la cual facilitó la comprensión y realización de este proyecto. Al Dr. Manuel Wong López por su trabajo filológico y gramatical, por su incondicional apoyo y por su habilidad de inspirarme en la búsqueda de la excelencia. A mi tía Luvinia Welch H. por su persistencia y severidad en la finalización de la tesis. A la profesora MSc. Sandra Baltodano de Atencio por ayudarme a descubrir mis habilidades dentro de mi discapacidad. Especialmente a mis padres quienes me han dado su apoyo tanto emocional como económico y darme el tesoro más grande que existe, la educación. Finalmente deseo mencionar a algunos colaboradores importantes que fueron parte esencial en la realización de esta tesis, MSc. Elida Williams Christian, Lic. Carolina Aguilar M., MSc. Lindberg Menocal, Bach. Norma Quintanilla, Señorita Bárbara Polini, Lic. Maricela Siliézar, MSc. Isabel Cordoba W. y el Lic. Eddy Echenique.

UNIVERSIDAD ADVENTISTA DE CENTRO AMÉRICA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA  
GRADO DE LICENCIATURA

"ANÁLISIS DEL NIVEL DE EDUCACIÓN EN SALUD RECIBIDA POR LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA AL EGRESAR DEL HOSPITAL SAN RAFAEL DE ALAJUELA, OCTUBRE 2011 - ENERO 2012."

**RESUMEN**

Esta investigación está dirigida a los enfermeros y enfermeras del Hospital San Rafael de Alajuela, la misma, con un enfoque cualitativo. Evalúa el nivel de educación en salud recibida por los usuarios intervenidos quirúrgicamente en los distintos servicios de cirugía al egresar, por parte del personal de enfermería. Este estudio se enfoca principalmente en las necesidades y cuidados de los pacientes en la etapa post operatoria.

Durante la investigación se observó una deficiencia en el conocimiento de los cuidados post operatorio del paciente de egreso relacionado con la falta de un adecuado proceso de educación en salud por parte del personal de enfermería, esto se da en áreas como curación de la herida, signos vitales, aplicación de medicamentos, lavado de manos, higiene postural y nutrición entre otros. Debido a este fenómeno surge la inquietud de lanzar una propuesta para mejorar el enfoque educativo hacia el usuario de egreso, que le permita sobrellevar con autonomía y seguridad la fase de recuperación y rehabilitación.

Además, permite reconocer que hay una necesidad urgente de mejorar el nivel de educación en salud. Por medio de la implementación de un protocolo de entrevista y planeación, dirigido exclusivamente hacia el paciente de egreso, con el objetivo de dotar al usuario con herramientas para enfrentar los diversos estadios de la convalecencia.

Palabras claves: Educación, Usuario/Paciente, Cirugía, Egreso.

## **ABSTRACT**

This study focuses on patients who received surgical interventions at San Rafael de Alajuela Hospital from October 2011- January 2012. A qualitative approach is used to analyze the level of health education on post-operative care and guidelines that was given to patients from nursing staff in different surgery units at the time of discharge.

The study found that nursing staffs had deficiencies in the area of disease pathology in their respective surgical subspecialties. This was due in part to their lack of knowledge in specific areas such as mobility, drug use, nutrition, wound care, etc. With this in mind, the idea to launch a project aimed on effective patient education that promotes patient autonomy and confidence in reporting feedback emerged.

Furthermore, this initiative highlights the urgent need for improved patient education styles and continuity of care. Together these concepts will accomplish the objective of delivering a holistic approach to following patients from the time of their discharge till the return of their normal daily activities.

Key words: Level of education, post operatives care, surgery, discharge.

## ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN .....	1
MAPA CONCEPTUAL .....	5
CAPÍTULO I .....	6
1.1 ANTECEDENTES .....	7
1.2 TEMA.....	10
1.3 PROBLEMA.....	10
1.4 DELIMITACIÓN .....	10
General: .....	12
Específicos: .....	12
1.6 JUSTIFICACIÓN Y UTILIDAD.....	13
VIABILIDAD .....	17
1.7 LIMITACIONES .....	18
1.8 PROYECCIONES .....	19
CAPÍTULO II .....	21
2.1 MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL .....	22
2.2 CONCEPTO DE LA EDUCACIÓN .....	23
2.2.2 CONCEPTO DE EDUCACIÓN EN SALUD .....	24
2.2.3 PERFIL DEL EDUCADOR EN SERVICIO .....	28
2.3 COMUNICACIÓN EFECTIVA EN EDUCACIÓN EN SALUD .....	32
2.3.1 DESARROLLO DE TÉCNICAS PARA CAPACITAR .....	44
2.3.2 FUNCIÓN DE LOS RECURSOS DIDÁCTICOS.....	47
2.3.3 PLANEAR EL PROGRAMA DE EDUCACIÓN EN SALUD.....	50
2.4 PACIENTE EN EL PERI OPERATORIO Y EDUCACIÓN DE LA FAMILIA. ....	52
2.5 EDUCACIÓN EN SALUD Y EL AUTOCUIDADO .....	56
2.6 EVALUACIÓN DEL NIVEL DE EDUCACION EN SALUD PARA EL AUTOCUIDADO ..	61
2.7 IMPORTANCIA DE LA ÉTICA EN LA INVESTIGACIÓN.....	75
2.8 CUESTIONES QUE DEBEN TRATAR LOS INVESTIGADORES .....	79
2.9 MODELOS DE ENFERMERÍA .....	82
CAPÍTULO III.....	91
3.1 MARCO METODOLÓGICO .....	92
3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	93
3.1.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO .....	95
3.1.3 MUESTREO INTENCIONAL.....	95
3.1.4 MUESTRA .....	96
3.1.5 RECOLECCIÓN DE DATOS.....	97
3.1.6 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	100

3.2	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES .....	102
	CAPÍTULO IV .....	103
4.1	ÍNDICE DE CUADROS Y ANÁLISIS DE DATOS.....	104
	Cuadro A.....	104
	Edad, según los usuarios de los servicios de cirugía del HSRA Octubre 2011 - enero 2012 (Valor absoluto y relativo) .....	104
	Cuadro B.....	106
	Sexo, según los usuarios de los servicios de cirugía del HSRA Octubre 2011 - enero 2012 (Valor absoluto y relativo) .....	106
	Ocupación Femenina, según los usuarios de los servicios de cirugía del HSRA Octubre 2011 - enero 2012 (Valor absoluto y relativo) .....	108
	Ocupación Masculina, según los usuarios de los servicios de cirugía del HSRA Octubre 2011 - enero 2012 (Valor absoluto y relativo) .....	110
	Cuadro D .....	113
	Escolaridad Femenina, según los usuarios de los servicios de cirugía del HSRA Octubre 2011 - enero 2012 (Valor absoluto y relativo) .....	113
	Escolaridad Masculina, según los usuarios de los servicios de cirugía del HSRA Octubre 2011 - enero 2012 (Valor absoluto y relativo) .....	116
	Cuadro E.....	118
	Estado civil, según los usuarios de los servicios de cirugía del HSRA Octubre 2011 - enero 2012 (Valor absoluto y relativo) .....	118
	Cuadro F.....	120
	Domicilio, según los usuarios de los servicios de cirugía del HSRA Octubre 2011 - enero 2012 (Valor absoluto y relativo) .....	120
	Cuadro G .....	122
	Distribución por nacionalidad de los usuarios de los servicios de cirugía del HSRA, Octubre 2011 - enero 2012 (Valor absoluto y relativo) .....	122
	Cuadro H .....	124
	Servicio de Internamiento, según los usuarios de los servicios de cirugía del HSRA, Octubre 2011 - enero 2012 (Valor absoluto y relativo) .....	124
	Cuadro I .....	126

Días de internamiento, según los usuarios de los servicios de cirugía del HSRA Octubre 2011 - enero 2012 (Valor absoluto y relativo) .....	126
Días de internamiento, según los usuarios de los servicios de cirugía del HSRA Octubre 2011 - enero 2012 (Valor absoluto y relativo) .....	128
Cuadro #1.....	130
Discapacidad física o impedimento de movilización según los usuarios de egreso de los servicios de cirugía del Hospital San Rafael de Alajuela (HSRA), Octubre 2011 - enero 2012 (Valor absoluto y relativo) .....	130
Cuadro #2.....	133
Intervenciones quirúrgicas previas a la actual, según los usuarios de los servicios de cirugía del HSRA, Octubre 2011 - enero 2012 (Valor absoluto y relativo) .....	133
Cuadro #3.....	135
Conocimiento sobre su diagnóstico, según los usuarios de los servicios de cirugía del HSRA, Octubre 2011 - enero 2012 (Valor absoluto y relativo) .....	135
Educación recibida por los usuarios de los servicios de cirugía sobre su padecimiento, impartida por parte del personal enfermería del HSRA Octubre 2011 - enero 2012 (Valor absoluto y relativo) .....	137
Cuadro #5.....	139
Educación previa a la intervención quirúrgica, según los usuarios de los servicios de cirugía del HSRA Octubre 2011 - enero 2012 (Valor absoluto y relativo) .....	139
Cuadro #6.....	141
Educación recibida relacionada con el procedimiento quirúrgico, según los usuarios de los servicios de cirugía del HSRA Octubre 2011 - enero 2012 (Valor absoluto y relativo) .....	141
Cuadro #7.....	144
Educación recibida sobre los efectos secundarios de la anestesia, según los usuarios de los servicios de cirugía del HSRA Octubre 2011 - enero 2012 (Valor absoluto y relativo) .....	144
Cuadro #8.....	146
Educación recibida sobre el manejo del dolor, según los usuarios de los servicios de cirugía del HSRA Octubre 2011 - enero 2012 (Valor absoluto y relativo) .....	146

Cuadro #9.....	148
Educación relacionada con la mecánica corporal y las técnicas de movilización, según los usuarios de los servicios de cirugía del HSRA Octubre 2011 - enero 2012 (Valor absoluto y relativo) .....	148
Cuadro #10.....	150
Educación sobre cuidados de la herida como el retiro de puntos y curación de la misma, recibida por los usuarios de los servicios de cirugía del HSRA Octubre 2011 - enero 2012 (Valor absoluto y relativo) .....	150
Educación sobre el cumplimiento del tratamiento para el dolor y los antibióticos, según los usuarios de los servicios de cirugía del HSRA Octubre 2011 - enero 2012 (Valores absolutos y relativos) .....	152
Cuadro #12.....	154
Evaluación del grado de satisfacción con la educación brindada, según los usuarios de los servicios de cirugía del HSRA Octubre 2011 - enero 2012 (Valor absoluto y relativo) .....	154
Cuadro #13.....	157
Conocimiento del nombre del jefe de estación de Enfermería según los usuarios de los servicios de cirugía del HSRA Octubre 2011 - enero 2012 (Valor absoluto y relativo) .....	157
Cuadro #14.....	160
Dudas o sugerencias, según los usuarios de los servicios de cirugía del HSRA Octubre 2011 - enero 2012 (Valor absoluto y relativo) .....	160
Cuadro #15.....	163
Aprobación hacia un futuro contacto seguido al egreso, según los usuarios de los servicios de cirugía del HSRA Octubre 2011 - enero 2012 (Valor absoluto y relativo) .....	163
CAPÍTULO V .....	165
5.1 CONCLUSIONES .....	166
5.2 RECOMENDACIONES .....	173
LISTA DE REFERENCIA.....	176
LIBROS .....	177
FUENTES ELECTRÓNICAS .....	179
ARTÍCULOS .....	181
ENTREVISTAS .....	183
FOLLETO .....	183
ARCHIVOS.....	183

PERIÓDICO – EDICIÓN ESPECIAL .....	184
MEDIO AUDIO-VISUAL .....	184
REVISTA EN LINEA .....	184
TESIS .....	184
BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA.....	185
LIBROS .....	186
FUENTES ELECTRÓNICAS .....	188
ARTÍCULOS .....	190
ENTREVISTAS .....	192
FOLLETO .....	192
ARCHIVOS.....	192
PUBLICACIÓN PERIÓDICA – EDICIÓN ESPECIAL .....	193
MEDIO AUDIO-VISUAL .....	193
REVISTA EN LINEA .....	193
TESIS .....	193
ANEXOS.....	194
Anexo # 1 .....	195
Entrevista Peri - operatoria .....	195
Hospital San Juan de Dios .....	195
Anexo #2 .....	196
Instrumento de recolección de datos .....	196
Anexo #3 .....	202
Material de educación en salud, .....	202
Hospital San Rafael de Alajuela .....	202
Anexo # 4 .....	203
Lavado de manos .....	203
Anexo #5 .....	205
Higiene Postural .....	205
Anexo # 6 .....	208
Piramide de Maslow .....	208
Anexo # 7 .....	210
Anexo # 8 .....	211
CARTAS .....	219
Carta #1 .....	220
Solicitud de aprobación de tema .....	220
Carta # 2 .....	221
Solicitud de permiso para realizar investigación .....	221
Carta # 3 .....	222

Autorización para realizar investigación .....	222
Carta # 4 .....	223
Solicitud de instrumento para .....	223
recolección de datos .....	223
Carta # 5 .....	224
Carta de retiro del proyecto por parte de la compañera participante en la investigación .....	224
Carta # 6 .....	225
Carta de finalización de tesis.....	225
DEFINICIÓN DE TÉRMINOS USADOS.....	226

## INTRODUCCIÓN

Con el paso de las épocas los gobernantes y administradores públicos se percataron de la imperante necesidad de contar con servicios médicos capaces de solventar la problemática de salud de las comunidades; era evidente que había llegado el momento de invertir en centros hospitalarios que brindaran atención a poblaciones crecientes y en desarrollo, ya fuese por aumento en su natalidad o por la migración; los resultados se mostraban a través de las consultas médicas de los pobladores, era imposible obviar la carencia de servicios de salud aptos y vanguardistas. Alajuela contaba con una serie de factores que le permitían ser contemplada como el futuro hogar de un nuevo centro de atención de salud para los pobladores del área norte del país, esto gracias a su ubicación geográfica, entre otros. Por su localización entratégica y su cercanía a la ciudad capital, la cual era cuna de los centros hospitalarios de especialidades médicas del país, el Hospital San Rafael de Alajuela fue inaugurado el 24 de octubre de 1883 y desde esa fecha ha venido brindando sus servicios a la comunidad alajuelense. Fue en la sesión del 1 de junio de 1882 en la cual la Municipalidad del Cantón Central de Alajuela tomó el acuerdo de fundar un hospital y facultó al Gobernador de la Provincia , don Melchor Cañas, para que valiéndose de los medios a su alcance, llevara a cabo tal deseo.

El 06 de octubre de 1882 el Presidente de la República, General Próspero Fernández, por medio de la Secretaría de Justicia y Beneficencia, dirigió una nota al gobernador Cañas, autorizándolo para que nombrara una Junta de Caridad, la cual debía formar los estatutos del Hospital San Rafael de Alajuela, tomando como base el Hospital de la Ciudad de San José. El 14 de enero de 1883, el Presidente Fernández y los Secretarios de Estado en los Despachos de Fomento y Hacienda, Víctor Guardia y Bernardo Soto,

respectivamente, promulgaron un decreto ejecutivo referente a la inauguración oficial del citado hospital, acto que se fijó para el 24 de Octubre del mismo año, en una ceremonia que alcanzó características cívicas y populares inolvidables para los alajuelenses de ese entonces. Fue así como nació el Hospital en una casa propiedad del Sr. Ramón González y el personal con que contaba era un médico, una enfermera y un portero.

El 12 de mayo de 1905, el Presidente Ascensión Esquivel inauguró oficialmente la planta física. El 09 de setiembre de 1975 se acordó el traspaso a la C.C.S.S., el cual se hizo efectivo el 15 de enero de 1976. Desde hace tiempo atrás se tenía el proyecto de construir un nuevo Hospital San Rafael de Alajuela, en un terreno de 81.482,78 metros cuadrados de los que se utilizaron un total de 31.465,00 metros cuadrados para la construcción del inmueble, estimándose una inversión de 36.744.162,4 millones de dólares.

El 4 de Octubre del 2004, el nuevo Hospital San Rafael de Alajuela inició sus actividades en beneficio de la comunidad Alajuelense y de todo el país, convirtiéndose en uno de los centros hospitalarios más modernos, ya que en su diseño y construcción, así como en su equipamiento se tomaron en cuenta las técnicas más avanzadas de otros países.

El Hospital San Rafael de Alajuela situado en Costa Rica, Centroamérica, es un hospital regional categoría B; y su nueva planta física inaugurada en el año 2004. Brinda servicios a una población de 716.935 personas, con un recurso humano de 1350 empleados, con una capacidad instalada de 310 camas, habilitadas en su totalidad con cinco especialidades médicas y sus respectivas 30 sub especialidades como los diferentes servicios de Medicina, Cirugía, Ginecología, Obstetricia, Pediatría, Cirugía Ambulatoria, Psiquiatría, Emergencias; con un servicio de Hospital de Día que incluye Ortopedia y

Consulta Externa entre otras. Además cuenta con un Servicio de Educación continua que desarrolla programas de educación dirigido a enfermeras, auxiliares, asistentes y cuidadores, en donde también desarrollan programas de soporte nutricional, cirugía ambulatoria, asma, tuberculosis, ostomias, VIH, pero no una consulta para los usuarios de allí egresados. Actualmente siguen pasando las épocas y con ellas la necesidad de servicios de salud aptos y vanguardistas va en aumento. Los asentamientos geográficos crecen, las personas se hacen y de igual forma los centros hospitalarios ven sus servicios de atención colapsados por la demanda excesiva de los diversos servicios.

Es imposible pretender mejorar el nivel de servicio, específicamente hacia el usuario de egreso de cirugía, sin detenernos a evaluar la práctica actual y sus repercusiones en el proceso de recuperación del paciente y el rol de sus familiares; a nivel sociocultural la información que se espera abordar por parte del personal de enfermería está relacionada con el uso de tabaco, alcohol, drogas; historial de viajes, ambiente del hogar, factores que crean estrés, educación, estatus económico, religión, cultura, relaciones interpersonales y rol en el ambiente en el cual se desenvuelve, así como su historial sexual y los patrones de vida cotidiana entre otros.

A medida que nos internamos en el mundo de la educación en salud y descubrimos nuevas herramientas para pulir esta práctica de enfermería, podemos analizar los posibles factores que están influenciando el desempeño de este gremio, tanto habilidades personales, dedicación y la comunicación.

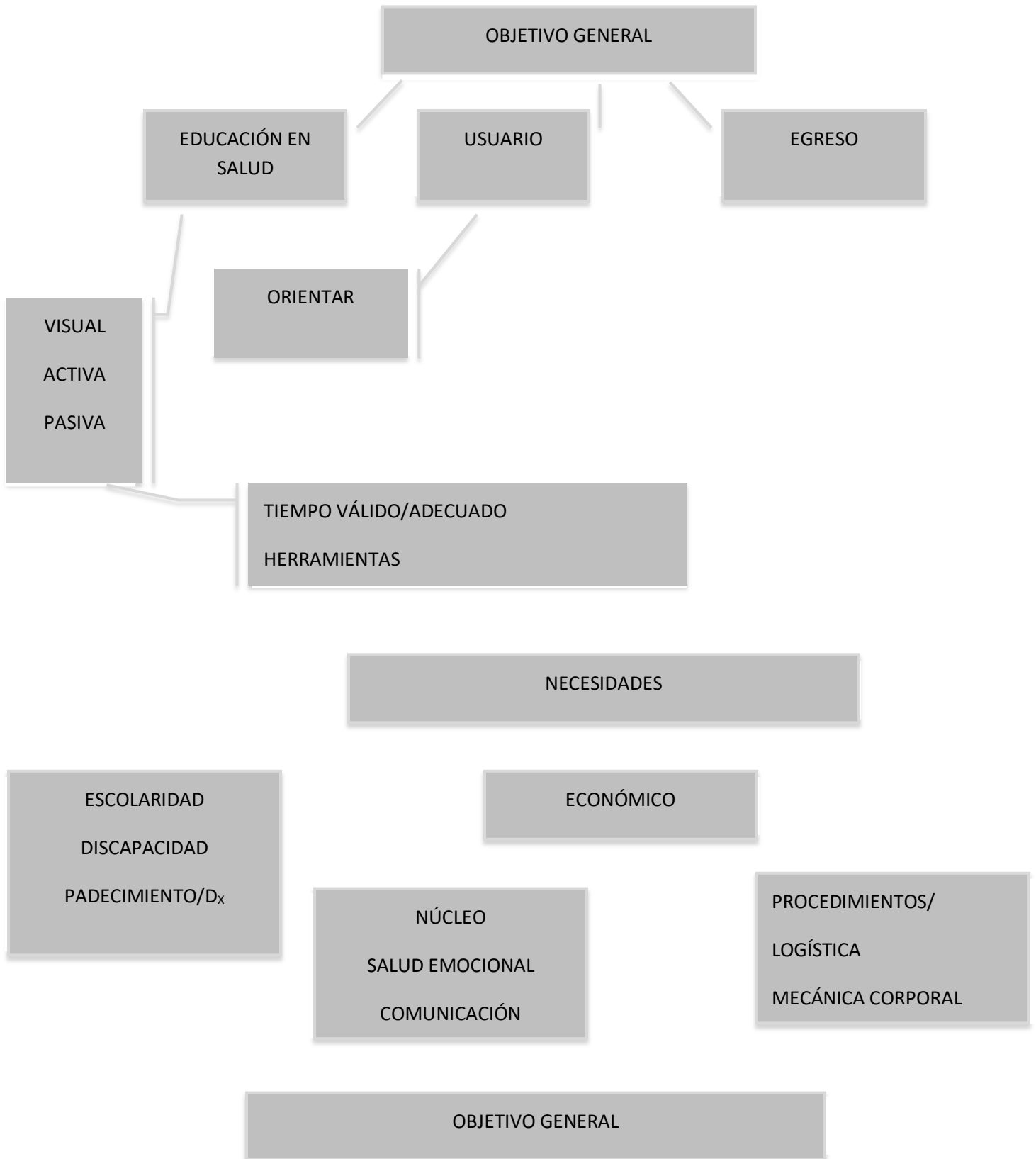
Mediante esta investigación se logró estudiar factores que se relacionan directamente con este tema, por ejemplo la problemática que representa la falta de un

debido proceso de educación en salud dirigido a los pacientes de egreso de los Servicios de Cirugía. También permitió descubrir áreas en las cuales se pueden realizar mejoras dentro del protocolo practicado por los profesionales. Aún así es evidente que el estudio de estos factores es unicamente la antesala de una gran serie de estudios de investigación y posibles teorías a desarrollarse en el transcurso de los años por otros profesionales interesados en lo referente a la educación en esta ciencia.

A continuación se detallan conceptos y teorías, con el propósito de esclarecer pensamientos y resultados que brindan validez y sustento científico a la necesidad de invertir una mayor cantidad de tiempo, recursos y personal con la idea de otorgar un mayor nivel de educación en salud, recursos que nos permitan asegurar una atención de calidad y prevención de complicaciones a los usuarios de egreso del Hospital San Rafael de Alajuela.

Esta investigación logra ofrecer información en el área de educación en salud y pretende brindarle al lector contenido específico relacionado con estrategias que le ayudarán a considerar una serie de aspectos indispensables para mantener un alto nivel de atención en lo que respecta a la materia, entre las cuales mencionaremos historial de cirugías, medicamentos, curación de herida y cambio de apósitos, higiene postural versus lesiones, nutrición y la presencia de algún tipo de discapacidad, entre otros, los que influyen de forma directa en el proceso de recuperación del paciente. Aún quedan un gran número de factores sin estudiar, esto permitirá que en un futuro estas interrogantes fundamenten una nueva investigación, abriendo una brecha para implementar mejoras significativas en el sistema.

# MAPA CONCEPTUAL



# CAPÍTULO I

## 1.1 ANTECEDENTES

A nivel mundial el sistema de salud social a optado por brindar un mayor nivel de educación en salud, todo con el propósito de mejorar la calidad de vida dotando al usuario con herramientas para enfrentar el proceso de recuperación post-quirúrgica de forma óptima.

Durante el transcurso de los años el proceso de atención de enfermería ha ido aumentando en complejidad, tanto en la atención clínica como en las labores administrativas; por ende la responsabilidad que tiene la enfermera, ha modificado el cuidado directo en los pacientes de los distintos servicios y se han visto afectados por dicho cambio en las labores diarias de la enfermera. Esta situación los ha obligado a delegar algunas de las tareas más importantes en el proceso de recuperación del usuario como lo es: la educación del paciente al momento de egresar del servicio en donde ha sido hospitalizado.

Según el diccionario de la Real Academia Española debemos entender por educación, “la acción y efecto de educar”. Por consiguiente, el término educar se refiere a “dirigir, encaminar, doctrinar, perfeccionar y afinar los sentidos”.

España, presenta un protocolo vanguardista de atención post operatoria de primera mano por parte de la enfermera, donde el bienestar y recuperación del paciente es la finalidad principal.

El paciente que primeramente fue sometido a una cirugía, cuando está en condiciones de egresar es orientado por el personal de enfermería junto con el equipo médico; éstos son los responsables que reciba las indicaciones concernientes a su

condición. Seguidamente se realiza una especie de control por medio de una llamada telefónica para saber en qué condiciones llegó el paciente a su casa. A continuación se le hace una serie de preguntas sobre su patología, alimentación, aseo personal y de la herida, medicamentos y manejo del dolor entre otros.

La educación para la salud es una de las herramientas más importantes que utiliza la enfermera en este proceso y proporciona la información, la concienciación y la capacitación del individuo para que adquiera los conocimientos y los hábitos necesarios para el autocuidado y la gestión del dolor.

La educación preoperatoria es beneficiosa para el paciente porque tiene efecto positivo sobre la ansiedad situacional. Toda la información que se da al paciente en el periodo anterior al ingreso es más eficaz que durante el ingreso hospitalario. La educación en el momento del alta de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA), se basa en las recomendaciones acerca de los cuidados a seguir en el domicilio: pauta fija de analgesia, sobre todo en las primeras cuarenta y ocho horas post alta, la movilización progresiva y la gestión de la cura de la herida. Todos los pacientes recibieron una llamada telefónica a las veinticuatro horas de la intervención quirúrgica por las enfermeras de la unidad para el control habitual del post operatorio. Se les preguntaba cómo habían tolerado la dieta, el grado del dolor, las dificultades en la movilización, valoración del grado de comprensión de la educación recibida y cómo realizaban las curas de la herida. (Font C., Prat B., Arnau B., Jesús T., Baeza R. 2011).

Luego de un profundo análisis y estudio de la población versus la atención en salud, países como Brasil en algún momento de su historia se dieron a la tarea de desviar fondos

para así actualizar el sistema de educación en salud al usuario de egreso, todo esto con la idea de impactar de forma definitiva el sistema de salud.

Debido a las limitantes económicas existentes en el país, el sistema de salud público se ve obligado a tomar otras medidas para así cubrir esta necesidad. Sabiendo que existen maneras alternativas de contactar al paciente, por ejemplo, por medio de un teléfono celular, correo electrónico, por mencionar algunos.

Si las condiciones no permiten esta medida, se podrá recurrir al sistema que utiliza la Caja Costarricense de Seguro Social (C.C.S.S.) por medio del personal en salud que trabaja en los diferentes Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), donde se realizan las visitas domiciliarias programadas con el apoyo de enfermería, el médico correspondiente y el personal Asistente Técnico en Atención Primaria (ATAP). El mismo sistema de compromiso de gestión les indica programar visitas domiciliarias a personas de difícil acceso ya sea por su patología o bajos recursos económicos.

Para que este formato fluya eficazmente debe haber una comunicación eficiente, sana y sólida entre las entidades a las que les compete la salud y la recuperación del paciente.

## **1.2 TEMA**

“Análisis del nivel de Educación en Salud recibida por los usuarios de los Servicios de Cirugía al egresar del Hospital San Rafael de Alajuela” Octubre 2011- Enero 2012.

## **1.3 PROBLEMA**

¿Cuál es el nivel de Educación en Salud que reciben los usuarios de los Servicios de Cirugía al egresar del Hospital San Rafael de Alajuela? Octubre 2011-Enero 2012.

## **1.4 DELIMITACIÓN**

La presente investigación está enfocada a analizar el nivel de educación en salud que poseen los pacientes de los departamentos de cirugía al momento de su egreso, como son Cirugía de Hombres, Cirugía de Mujeres, Servicio de Ortopedia y Cirugía Ambulatoria del Hospital San Rafael de Alajuela, en el periodo comprendido entre octubre del año 2011 a enero del año 2012.

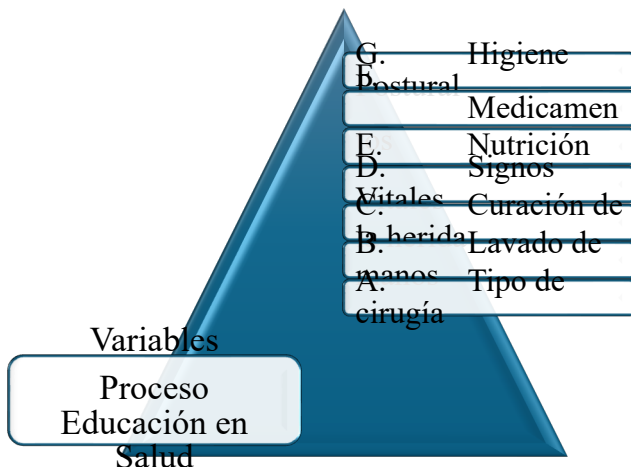
Este estudio pretende tomar en cuenta aspectos primordiales como el nivel educativo con base en el procedimiento realizado, nivel de alfabetización y/o la presencia

de alguna discapacidad. Promover la igualdad de oportunidades en cuanto a la accesibilidad y calidad de educación en salud, para así llegar a cubrir las necesidades educativas de los usuarios y sus familiares.

Debido a la amplitud que posee el campo de la salud pública, específicamente en lo referente a la educación en salud, este estudio no pretende cubrir todas las áreas relacionadas con la materia. Aún así a través de esta investigación, se pretende cubrir siete conceptos básicos los cuales forman la base que fundamenta de un adecuado proceso de educación en salud.

Estos conceptos “constituyen segmentos del contenido para ser ubicados dentro de categorías”, los cuales pueden ser catalogados como *Unidades de análisis o registro*, según Hernández et al. (2006); entre las cuales estudiaremos el tipo de cirugía, el lavado de manos, la curación de la herida, los signos vitales, la nutrición, la administración de medicamentos y la higiene postural.

## UNIDADES DE REGISTRO



## 1.5 OBJETIVOS

### **General:**

Evaluar el proceso de educación en salud que recibe el usuario al egresar de los diferentes Servicios de Cirugías del Hospital San Rafael de Alajuela.

### **Específicos:**

- Analizar el tipo de programa de educación en salud adecuado para el usuario, tomando en cuenta factores esenciales como el nivel educativo, alfabetización, discapacidades y padecimiento.
- Cubrir las necesidades educativas en salud del paciente sometido a cirugía con la finalidad de orientarlo.
- Identificar el proceso de educación en salud recibida al momento de egreso del usuario.
- Fomentar la comunicación efectiva entre el personal de enfermería, paciente y familiares/sistema de apoyo.

## 1.6 JUSTIFICACIÓN Y UTILIDAD

La educación en salud ha sido y siempre será una necesidad imperante en toda institución de salud pública y privada que esté en favor del servicio al cliente, indiferentemente del enfoque que cada una de las instituciones tenga o quiera aplicar. En el aspecto de la salud es importante educar a las personas para mantener su autonomía, su autocuidado, pronta recuperación, rehabilitación y recuperación del proceso patológico que estén enfrentando.

El enfoque que esta teoría lleve es fundamental y se debe comprobar con hechos qué es lo que está pasando, además de mejorar el área de servicio donde ha quedado de lado el seguimiento del individuo, como un ente holístico.

Se presenta la situación vivida por una paciente con diagnóstico de hipertensión que asistió a un campamento durante el fin de semana. Durante el transcurso del primer día ésta se quejaba de un intenso dolor de cabeza y malestar general; al pasar las horas y al no presentarse una mejoría ella se acercó a consultar al servicio médico del campamento, al tomarle los signos vitales su presión arterial sobrepasaba los valores normales. La paciente desconocía los signos y síntomas de la patología, e ignoraba el nombre, dosis y frecuencia de sus medicamentos.

La educación en salud otorgada al usuario fue deficiente ya que el proceso didáctico se centró en material de lectura, lo que provocó que la paciente, analfabeta, instituyese su propio método de administración de sus medicamentos. Esto causó que los administrara únicamente cuando se sintiera mal. Dentro de la educación básica de los pacientes con hipertensión, el tomar sus medicamentos a la misma hora, todos los días, es muy

importante. Este no es un tratamiento curativo, si no es un tratamiento paliativo.

Los aspectos que fallaron en el proceso de la educación están directamente ligados a la falta de pericia y análisis crítico del personal de enfermería. El no descubrir el analfabetismo de la paciente, abrió la puerta a una serie de errores los cuales causaron complicaciones en su estado y un deterioro significativo en su condición de salud.

¿Por qué es tan importante aclarar el término de Educación en Salud en el paciente de egreso?. Según EDG, J. (2011) en el ensayo Educación para la Salud: la importancia del concepto.

Los conceptos son productos de la creación humana que hacen posible al hombre descubrir y comunicar su percepción del mundo que lo rodea. Como construcciones lógicas, tienen la función de guiar la observación o bien organizar la percepción para captar la realidad. En términos más sencillos podemos decir que son un recurso mental para aprehender una realidad que en sí misma es una totalidad compleja e indivisible. Por ello, cuando el concepto adquiere distintos sentidos y significados, dificulta la comunicación induciendo al error, situación en la que consideramos se ha visto inmerso el concepto de educación para la salud. Recuperado de <http://www.alcoholinformate.org.mx>

Los conceptos utilizados por el personal de enfermería para educar al paciente deben aclarar dudas, enseñar patrones para establecer relaciones con su diagnóstico de egreso con el propósito de restablecer su salud de forma efectiva, rápida y completa. Por ende el personal de enfermería tiene la responsabilidad de crear, aplicar ideas claras que

faciliten a la retroalimentación, la cual a su vez ayudará al plan de educación en salud y a mejorar la recuperación en beneficio de la salud del usuario.

Si bien es cierto que cada individuo es responsable de su propio cuidado se debe tomar en cuenta que existen situaciones que individualizan cada caso, por ejemplo: niños y adultos mayores que no pueden valerse por sí mismos y necesitan ayuda para satisfacer sus necesidades fisiológicas, como alimentarse, mantener su aseo personal, deambular entre otras.

Por lo anteriormente anotado es necesario saber si existe un programa de Educación en Salud que se pueda establecer como protocolo para los usuarios de egreso de los servicios de cirugía.

Hay que analizar las siguientes interrogantes, ¿Qué clase de programas? ¿Cuáles departamentos están involucrados? ¿Quién imparte esta educación? ¿Existen programas de educación en salud enfocados hacia el paciente de egreso? ¿Cómo se dan estos programas? ¿Qué tan eficaz es el programa de educación en salud al egreso? ¿Cómo nos damos cuenta que estas personas realmente han aprendido lo que se les enseñó? ¿Cuáles son las variables que se deben estudiar para evaluar el nivel de educación en salud? ¿Hay algún compromiso ético o legal que interfiera en la realización de la investigación? Todo esto debe tomarse en cuenta en el proceso de educación del paciente para que se mantengan bien informado sobre qué hacer en caso de alguna posible complicación en su estado de salud.

Por lo general los pacientes que egresan de los servicios de cirugía han pasado por intervenciones quirúrgicas con el propósito de resolver alguna dolencia física. Estos pacientes al egresar necesitan educación para continuar con su recuperación en el hogar,

por ejemplo: cuidado de heridas, mecánica corporal, medicamentos, signos vitales, síntomas de complicaciones y alimentación entre otros temas de igual importancia.

Mediante un adecuado proceso de educación en salud individualizado, actualizado y objetivo se logrará minimizar el volumen de observación por complicaciones y reingreso de pacientes a los servicios de internamiento.

La naturaleza de esta investigación está enfocada a evaluar y re-orientar el proceso de educación en salud que reciben los usuarios de cirugía del Hospital San Rafael de Alajuela con el propósito de mejorar el nivel del proceso mediante la adecuación y modificación del protocolo, con la idea de que éste cuente con un enfoque más universal. Partiendo de la teoría de la *inclusión* de todos los pacientes, como aquellos pacientes con diversas necesidades especiales como los analfabetas, no videntes y/o sordos. Esto mediante la promoción de la utilización de material didáctico adecuado como: folletos, grabaciones, material audio y visual entre otros.

De igual forma se pretende promover un cambio en el comportamiento de aquellos que brindan el servicio de educación, a través de la capacitación continua, para así dotar al personal de enfermería con herramientas que les permiten alcanzar la mayoría de los objetivos propuestos desde el inicio del proceso quirúrgico. Finalmente propone que la asignación de las labores de educación en salud de los usuarios de egreso, vaya en total acuerdo con el nivel de capacitación y experiencia en lo relacionado al procedimiento que se le practicó al paciente, para así facilitar el proceso de recuperación y rehabilitación.

## **VIABILIDAD**

Esta investigación se realizó gracias a la asesoría profesional impartida por especialistas en la materia; mediante el envío de documentación regida por parámetros legales, se obtuvo la autorización para acceder al centro hospitalario motivo de la investigación. Esta otorga la oportunidad de acceder a los usuarios y sus familias para así obtener su consentimiento para aportar información vital requerida para completar dicho estudio. Teniendo en cuenta los lineamientos establecidos por el comité de bioética del Hospital San Rafael de Alajuela (HSRA).

El estudio se realizó por medio de la aplicación de encuestas a los usuarios de los servicios de cirugía del Hospital San Rafael de Alajuela, con el fin de evaluar el nivel de Educación en Salud que reciben a su egreso.

La recolección de datos se centró en los diferentes salones de cirugías, como lo son Cirugía de Hombres, Cirugía de Mujeres, Cirugía Ambulatoria y Ortopedia, los cuales están ubicados en el tercer piso del HSRA. Durante el proceso de recopilación, análisis y edición se creó un formato de seguimiento y registro de avances alcanzados por medio de un cronograma.

## 1.7 LIMITACIONES

- Coordinación en los horarios laborales del investigador y momento indicado para aplicación de la encuesta.
- Falta de recursos económicos del investigador.
- Tiempo para realizar el proyecto.
- Falta de comunicación y coordinación entre administración y departamento de seguridad para el ingreso al área hospitalaria y la aplicación de las encuestas.
- Tiempo de espera para la evaluación y aceptación del proyecto por el comité de Bioética del Hospital San Rafael de Alajuela.
- Exceso de trámites burocráticos para integrarse a una charla y conseguir información sobre los protocolos a seguir en la educación a pacientes de cirugía.
- Implicaciones administrativas por inconformidad a que los resultados sean de acceso público.
- Posibilidad de implicaciones legales debido a disconformidad en los resultados basados en la calidad de la educación postoperatoria.
- Excepticismo por parte de la jefatura de enfermería de los distintos servicios ante la llegada de un estudiante de la carrera de enfermería durante la realización de un proyecto de tesis.
- Cancelación de cirugías por motivo de la huelga de algunos anesthesiologists.
- En el aspecto humano, temor por parte del usuario a represalias por parte del personal de enfermería luego de responder al instrumento de evaluación de la educación postoperatoria.
- Ética, necesidad de seguridad, el usuario no desea verse envuelto en un proyecto

que cuestione la labor del departamento de enfermería.

- Bajo nivel de escolaridad dificultó la comprensión del proyecto por parte de algunos usuarios.
- Discapacidades en los usuarios, como por ejemplo sordera y analfabetismo, lo cual significó un inconveniente para llenar el cuestionario.
- Grado de lucidez del paciente de cirugía ambulatoria debido a la anestesia para contestar el cuestionario.
- Diversidad de criterio entre el personal docente envuelto en la revisión de la tesis.

## **1.8 PROYECCIONES**

- Concientizar a las autoridades del HSRA sobre la necesidad de establecer un proyecto que permitan fortalecer las debilidades del sistema de Educación en Salud ya establecido, y/o reforzar las situaciones especiales que se presentan diariamente.
- Promover un protocolo de educación en salud a desarrollarse en las unidades de cirugía y promover un plan de seguimiento al paciente de egreso.
- Despertar en el usuario la necesidad de exigir una Educación en Salud previa a la cirugía a base de calidez y calidad, disminuyendo en los usuarios el temor a preguntar y/o aclarar dudas mediante el seguimiento de un protocolo.
- Promover en el personal de enfermería habilidades administrativas relacionadas directamente con el factor tiempo, para así educar asertivamente al usuario y familiares.

- Establecer un periodo de tiempo como válido para educar al adulto mayor. Basado en comunicación efectiva, ventilación de dudas y retroalimentación.
- Capacitar a enfermeros/as en los procedimientos quirúrgicos más comunes de dicho servicio. Estableciendo así un educador permanente en cada unidad.
- Crear un folleto informativo basado en la logística para el usuario y su familia, con el propósito de facilitar la preparación para el día de la cirugía.
- Hacer participe al paciente de los cambios del sistema por medio de una boleta de control de calidad del servicio de enfermería.
- Desarrollar la habilidad de análisis crítico y así descubrir las necesidades reales del paciente de egreso.

# CAPÍTULO II

## 2.1 MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

Desde el principio de la humanidad se han utilizado diversos métodos de educación, con el propósito de transmitir conocimiento y aplicaciones básicas que permitieran la promoción de la salud y prevención de enfermedades.

En el artículo Fundamentos Pedagógicos que sustentan el Proceso de la Educación en Salud se cita: “en salud es de vital importancia conocer la estructura cognitiva, no tratar de saber la cantidad de información en salud que se posee, sino cuáles son los conceptos y proposiciones que maneja. Esto permite orientar la acción educativa, ver que las personas poseen una serie de experiencias y conocimientos que afectan su aprendizaje y pueden ser aprovechados para su beneficio” ( Rozo de Arévalo, 2002, p. 27-35).

En el libro de Levítico capítulos doce, trece, catorce y quince, durante el exilio del pueblo de Israel por el desierto, Dios sabía que ellos necesitarían una serie de dinámicas e instrucciones, las cuales los capacitarían para poder llevar un estilo de vida saludable.

En los primeros capítulos se puede notar cómo se fueron dando los parámetros de estas dinámicas para el pueblo; por ejemplo, en el capítulo doce se hace mención del procedimiento a seguir después de que una mujer diera a luz, registrado en la Biblia como “la purificación de la mujer después del parto”. También se registran las costumbres sobre el trato de los leprosos e impurezas físicas, entre otros.

Esto les permitió aplicar un proceso de selección, el cual les ayudaba a evaluar y dar continuidad a los convalecientes. Si estos lineamientos no eran cumplidos por el enfermo al pie de la letra, habría consecuencias, las cuales podían ir desde una prolongación del padecimiento hasta la muerte. En dicha época, estos llegaron a ser los fundamentos de la

atención primaria y la estructura del sistema de salud, el cual garantizaba seguridad y bienestar.

## 2.2 CONCEPTO DE LA EDUCACIÓN

Según lo investigado el término *educación*, de acuerdo con el diccionario *Educación* (2012, Junio 6). *WordReference, Online Language Dictionaries*. Diccionario de la Lengua Española. Recuperado de <http://www.wordreference.com/definicion/educación> refiere que es un proceso de socialización y aprendizaje encaminado al desarrollo intelectual y ético del individuo. Este conlleva una connotación de compromiso hacia el que no sabe, o de brindar información. Se puede llegar a considerar como cualquier acto o experiencia de contenido informativo el cual influye en la mente, el carácter y en las actividades físicas del individuo. Es un proceso por el cual la sociedad delibera, transmite su conocimiento acumulado, destrezas y valores de una generación a otra. “Larrosa (2010) la educación debe ser considerada como eje central y articulador de este proceso, integrando diversas formas para construir un conocimiento capaz de fortalecer el pensamiento y la acción” (p. 131-146).

Dicho proceso deberá de conservar su integridad ante las fuertes corrientes que invaden los principios básicos que en algún momento fueron base de esta dinámica, de acuerdo con (Larrosa 2010).

Existen procesos que, aunque silenciosos, se encuentran cotidianamente invadiendo los fundamentos, principios y prácticas en torno a lo educativo, que merecen un análisis crítico que evidencie las correspondientes esferas de poder que se encuentran ocultas en las prácticas y discursos. Brunner (2000) lo señala de la siguiente forma, son muchos los

factores que afectan e inciden poderosamente en una cultura, en la demografía, en la actitud de las familias, en las condiciones económicas y políticas (Brunner, 2000). Las ideas que existen sobre la forma de educar están relacionadas, como lo advierte el autor, a factores internos, como también externos al propio sistema educacional, a la organización y la administración de las instituciones relacionadas a la enseñanza.

Luego de tomar en cuenta dichos factores, la enfermera es la responsable de establecer un programa de educación lo suficientemente fuerte para enfrentar corrientes idealistas capaces de debilitar la práctica, con el propósito de centralizar la atención en un sistema óptimo de educación.

La licenciada Aguilar M. (2012) del departamento de Educación en Enfermería del Hospital San Rafael de Alajuela, el término educación propone el desarrollo de competencia en áreas como docencia, investigación y administración entre el personal de enfermería. Fundamenta el Ser – Saber – Saber hacer, con la idea de alimentar el intelecto del usuario-familia para así incrementar su conocimiento, análisis y técnicas a poner en práctica durante el proceso de recuperación.

### **2.2.2 CONCEPTO DE EDUCACIÓN EN SALUD**

Debido a factores tales como migración, hacinamiento, violencia, incremento de la pobreza, aumento de la morbilidad y mortalidad, ha llevado a los gobiernos y entidades como la Organización Mundial de la Salud a crear estrategias de alto rendimiento en educación para la salud. Estas estrategias llevan a la creación de nuevos programas, objetivos a corto y mediano plazo, capacitación de personal de salud, implementación de nuevos métodos y tecnologías con el propósito de mejorar la calidad de vida de la sociedad.

Rozo de Arévalo (2001) pasa a formular las siguientes interrogantes con la idea de analizar y considerar posibles soluciones, ¿Qué sucede con la población que es objeto de ella?, ¿por qué no mejoran sus condiciones de vida, si la intencionalidad es promover el desarrollo de las personas y las comunidades?.

El desarrollo lo define Andrés Yurjevic como “un proceso de transformación que experimenta una sociedad en la búsqueda de márgenes crecientes de libertad, bienestar y participación para su población”.

De acuerdo a la 36 Asamblea Mundial de la Salud se puede definir educación para la salud según Rozo de Arévalo (2002) como, “cualquier combinación de actividades, de información y educación que lleve a una situación en la que la gente desee estar sana, sepa cómo alcanzar la salud, haga lo que pueda, individual y colectivamente, para mantenerla y busque ayuda cuando la necesite” (pp. 27-35).

Es por ello que el proceso se torna tan complejo e importante, porque el objetivo gira en torno al crecimiento intelectual del usuario, lo cual lo dotará de un carácter mayormente crítico, en constante contacto con su realidad cambiante. Rozo propone que la educación para la salud es uno de los instrumentos para promover e impulsar la acción preventiva. “Ayuda a los individuos o grupos a adquirir conocimientos sobre problemas de salud y sobre los comportamientos útiles para alcanzar su objetivo” Rozo de Arévalo (2002).

Se espera que los conocimientos sean continuos y permanentes dentro del programa educacional para beneficio del usuario. Basado en la temática del concepto de educación en salud. Martincorena (2004), describe a través de su investigación el impacto de la educación permanente en la salud. Demuestra la posibilidad de considerar la percepción

que el recurso humano en salud tenía de las transformaciones en sus prácticas laborales; dice: “el concepto de Educación Permanente en Salud al cual se adhirió fue el de proceso educativo “sin divorcio del trabajo y de la producción en salud, ligado a los servicios y a la práctica donde están inmersos los profesionales, y que constituyen un factor de transformación de dicha práctica de salud, al incorporar nuevos conocimientos y prácticas para solucionar problemas biológicas y sociales” (pp. 203-228).

Como parte del proceso de educación permanente en salud, el Hospital San Juan de Dios crea una base para la práctica docente a partir del programa de la entrevista Peri operatoria realizada al paciente, el cual dio inicio gracias a diversos factores, los cuales se calificarán como obstáculos silenciosos.

En el servicio de oncología del Hospital San Juan de Dios, la enfermera educadora en salud, procede a dar las siguientes recomendaciones a una paciente el día antes de la intervención quirúrgica. Dicho proceso de educación permanente brinda información específica según el caso individual, simple, detallando las técnicas y cuidados a llevar a cabo por el paciente, un ejemplo específico de esta educación fue la siguiente:

“La heridita del cuello no debe de estársela tocando porque la podemos contaminar con la mano, pero en su casa la puede lavar tres veces al día con jabón antibacterial hasta que usted vea que la herida sanó y cerró. El pelito llévelo seco, sin cola, sin prensa y sin diadema, lo que le quiten ahí del cuellito se manda a analizar a patología y los resultados tardan alrededor de un mes y van a ir a dar al expediente, verdad, para que cuando usted venga a cita pueda consultar con su médico, es importante y después darse a ver lo de los cálculos del riñón, siempre cuídese con el tratamiento de la presión, ¿ tomar qué ? tomarlo

todos los días a la misma hora, eso va a evitar que sangre esta área y la dieta baja en sal para que la presión no esté alta. Usted sabe que si presión está alta daña el riñón, daña el corazón, por eso es importante cuidarse. Evite agacharse y evite hacer fuerzas para que no fluya mucha sangre a este lado y no la ponga a sangrar; también evitar estar hablando después de la cirugía. Eso evita náusea, vómito y tos. Solo lo que el personal le pregunte al día siguiente usted le puede preguntar al médico si ya puede hablar, y hablar es en forma baja, poquito sin tener que forzar la voz, como uno puede estar un poquito ronquito evitar que quede ronca” (Araya L., 2012, Entrevista a pacientes del Servicio de Oncología, HSJD).

Se puede definir educación en salud como el principio por el cual los individuos y grupos de personas aprenden a realizar cambios significativos hacia la promoción, mantenimiento o restauración de la salud.

La educación en salud pretende que el usuario y su familia se informe, conozca, pregunte, analice y participe en dicha dinámica. Las responsabilidades serán compartidas, de tal manera que el compromiso provenga de ambas partes.

Además, nos permitirá concientizar a la población sobre la importancia de un proceso estructurado y continuo referente a los diagnósticos y su tratamiento.

La educación para la salud permite construir estrategias, planes de trabajo y protocolo de seguimiento. El personal de enfermería deberá comprometerse con el programa de tal forma que el trabajo en equipo sea el medio principal para alcanzar las metas ya establecidas.

Durante el proceso normal de la entrevista y examen físico, la Educación en Salud

sirve como plataforma para promover la salud y prevenir futuras complicaciones especialmente en la población de alto riesgo o bien a aquellos que han logrado revertir los efectos de algún padecimiento físico.

La educación para la salud permite compartir información, crear un ambiente de confianza y privacidad. Promueve el mejoramiento en cuanto a habilidades físicas, capacidad de análisis y nivel de pensamiento crítico a la hora de tomar decisiones que harán la diferencia en el proceso de recuperación del paciente.

Según Rozo de Arévalo (2001) lo anterior refiere un “cambio de mentalidad en los ámbitos social e individual, un cambio en el que la educación tiene una fusión constructora” (pp. 46-47), es por ello que se plantea la necesidad de una educación por el desarrollo de la sociedad costarricense.

### **2.2.3 PERFIL DEL EDUCADOR EN SERVICIO**

Ysern de Arce manifiesta la siguiente visión de un docente, “el educador ideal es clave para la construcción de una sociedad más desarrollada. ...es un agente de anticipación de esa sociedad que todos deseamos”. La educación es vital para el desarrollo de las comunidades y sus habitantes, ésta desempeña una gran función tanto colectiva como individual, tanto en el ámbito económico como en la salud. “El educador, al igual que un buen líder social, va delante mostrando y abriendo caminos” (Ysern de Arce, 2003, p. 75-80).

Este pretende anticipar las futuras necesidades y actividades cambiantes de la vida. Todo educador de buena calidad, tiene que ser un hombre o mujer siempre atenta al devenir del paciente, en formación permanente, abierta a la escucha activa, para dejarse enseñar y

cuestionar por ellos. “Misión a partir de una sincera vocación” Ysern de Arce (2003).

En un informe brindado por la UNESCO publicado por Paco Gastón, éste advierte que es necesaria una pedagogía social y educativa que capacite a las personas para enfrentar los conflictos. Educar para el post-operatorio significa educar para enfrentar imprevistos y conflictos, desarrollar un sentido de alerta y observación cuidadosa, pues de ellos no se puede escapar. Por eso el educador sabe que tiene que ayudar a valorar sentimientos, emociones y conocimientos de modo que el usuario que retorne a su ambiente cotidiano está capacitado para enfrentar las tareas diarias.

En su artículo *Opinión sobre el Rol y Perfil del educador para la Primera Infancia* por Zapata & Ceballos (2010, p. 1069-1082) el rol del educador o educadora debe ser consecuente con las demandas de la población y el servicio médico en el cual éste va a ser atendido. En el enfoque de atención integral (educación, salud y protección), se espera una atención clarificada e intencional que rompa con el esquema hasta el momento practicado durante décadas en el sistema de salud nacional, que haga partícipe a la familia de dicho proceso, que garantizará un desarrollo integral.

Reconocida tal situación y la reiteración de la necesidad, resulta impostergable establecer claramente cuales serán los tipos de profesionales de la salud requeridos, manteniendo una estrecha relación entre los requerimientos y la educación tradicional, y cuáles serán los escenarios futuros en que se debatirán dichos profesionales (Rozo, 2002, p. 27-35).

El Enfermero/a Educador/a en Servicio es un profesional de enfermería cuyo objetivo principal es promover el crecimiento profesional en aspectos técnicos y

administrativos del recurso humano y extender estas acciones a la comunidad para fomentar una cultura de conocimientos en los procesos de salud integral, desarrollo de habilidades y actitudes positivas mediante la educación continua, favoreciendo la calidad en la prestación de servicios que se le brindan a los usuarios.

Las funciones que desempeña el Educador en Salud son las siguientes:

- Fomentar en los profesionales de enfermería el compromiso social.
- Integrar los diferentes servicios que brindan atención en salud para contribuir a mejorar las condiciones de salud de los usuarios internos y externos y la calidad de vida de la población alajuelense.
- Desarrollar estrategias que permitan conservar el liderazgo en enfermería, así como el mejoramiento en la calidad de atención que se le brinda al usuario.
- Contribuir al desarrollo de la disciplina de enfermería mediante acciones de educación continua que favorezcan en la integración del quehacer de la enfermería y los servicios.
- Proporcionar al profesional información referente al contexto general donde ingresa; su historia, estructura, evolución y actividades a realizar en base a su perfil.
- Dar a conocer a los nuevos profesionales sus derechos y deberes dentro de la organización a la cual ingresa.
- Mantener informado a todo el personal de los cambios que se produzcan en la institución, en cuanto a las políticas, normas, procedimientos y cambios de estructura.
- Proporcionar al profesional que ingresa, las bases para una adaptación con su grupo de trabajo.

- Favorecer el proceso de inducción al nuevo personal del área de enfermería.
- Brindar la oportunidad de que cada nuevo funcionario en el área de Enfermería logre identificarse con la misión, visión y filosofía del departamento de enfermería.
- Favorecer el intercambio de aprendizaje entre los funcionarios recién ingresados al Hospital San Rafael en el Área de Enfermería y aquellos que llevan más tiempo.
- Crear en el funcionario un sentimiento de pertenencia y mayor compromiso institucional.
- Destacar el perfil que desempeñará durante el tiempo laborado.
- Estimular la calidad, calidez y eficacia en el desempeño de su función
- Apoyar los programas de educación que se llevan a cabo en los diferentes servicios en coordinación con las supervisoras de enfermería.
- Responsable de programas especiales que tengan impacto social.
- Auditar las prácticas de Enfermería para el mejoramiento continuo de la calidad de atención que brinda enfermería al usuario. Aguilar (2012).

Es por ello que el perfil profesional de la carrera de enfermería se enfoca en dotar al enfermero con bases sólidas para poder alcanzar los objetivos óptimos para desenvolverse como un educador en salud; podemos enlistar algunos puntos como:

- Participar activamente en la planificación y ejecución de programas comunitarios destinados a mejorar la calidad de vida y el nivel de salud de los individuos en sus hogares, comunidades e instituciones o lugares de trabajo, abarcando todos los aspectos sociales.

- Aplicar el método de solución de problemas y utilizar las etapas de este proceso en su interacción con los individuos, familias.
- Participar activamente con el equipo de salud, en la ejecución de proyectos de investigación en enfermería, para aumentar el conocimiento y mejorar la práctica.
- Participar en la elaboración, ejecución y evaluación de los programas de educación en servicio.
- Realizar visitas de supervisión a los servicios de enfermería para: revisar, actualizar y evaluar criterios de atención técnico administrativos, de acuerdo a la categorización de pacientes.
- Asegurar la calidad de la atención de enfermería por medio de la aplicación del proceso de enfermería.
- Promover la atención integral al paciente y familia.
- Promueve, participa y dirige investigaciones para mejorar la calidad de la atención de enfermería.

### **2.3 COMUNICACIÓN EFECTIVA EN EDUCACIÓN EN SALUD**

En el artículo científico “El paradigma médico social y la competencia comunicativa del profesional de ciencias médicas” (Legón, Vega & Brito, 2010, p. 433-440), hacen referencia a la comunicación durante la atención en salud de la siguiente forma,

La comunicación, como proceso tiene una intencionalidad expresa de promover

cambios y lograr aprendizajes, dirigida conscientemente a generar una influencia desarrolladora en otros, a modificar conductas y estilos de vida y en especial ofrecer a la población instrumentos para pensar, acompañándolos, estimulando su análisis y reflexión; por lo que es necesario que el profesional se apropie de habilidades que vayan conformando toda una cultura de la comunicación. (Legón, Vega & Brito, 2010, p. 433-440).

Para poder lograr cambios permanentes en el usuario y su entorno hacia la recuperación es necesario que los profesionales de la salud, de acuerdo con Legón et al. (2010) se preparen en la multidireccionalidad y multifuncionalidad de la comunicación, contribuyendo así un factor esencial para obtener excelencia en el servicio de salud. La personalidad del enfermero/a, está llena de rasgos que tienden a enfocarse únicamente a la parte biológica del proceso salud-enfermedad, donde este no conversa lo suficiente con el paciente, no escucha sus problemas y dudas, no lo atiende integralmente, su capacidad de entrega y sacrificio no siempre cumplen con la expectativa del usuario y la de su familia. Evidentemente la solución a esta problemática no se solucionará con la elevación del grado académico, del desarrollo de nuevas habilidades o del fortalecimiento de las que ya posee. Si no, que depende del fomento de nuevas actitudes, de la modificación, “de su “modo de ser profesional” en el sentido de su aproximación a determinado ideal”. Legón et al. (2010).

La enfermera/o debe estar consciente de su competencia comunicativa, que en la relación enfermero/a-paciente sobrepasa los títulos académicos y habilidades que posee en la área técnica y profesional que incluye la parte afectiva motivacional.

La comunicación efectiva es el canal por el cual establecemos una relación con el usuario. Se establece un idioma en común, mediante un código acordado entre ambas partes que les permitirá entenderse y llegar a acuerdos mutuos (educador en salud – mensaje - receptor). El objetivo de una comunicación efectiva es el poder reflexionar, analizar, ventilar dudas, llegar a conclusiones y cubrir necesidades.

Según Catherine A.B. (2009) se espera que el educador ponga en práctica las siguientes habilidades: Estar motivado para escuchar. Si usted se ve en la necesidad de hablar, haga preguntas. Esté atento a los indicios no verbales. Deje que su contraparte cuente primero su historia. No interrumpa al usuario cuando esté hablando. No se distraiga. No confie en su memoria. Escuche con un objetivo en su mente. Dele a su contraparte toda su atención. Contraataque al mensaje, no a la persona. No se disguste. Recuerde que, es imposible escuchar y hablar al mismo tiempo. También se recomienda utilizar a la hora de la comunicación efectiva: la clarificación, la verificación, y la reflexión (Sección *La habilidad de Escuchar con Atención & Habilidades para Escuchar e Interactuar*).

Durante el proceso de la entrevista peri operatoria a una paciente del servicio de oncología, se da el siguiente diálogo, en el cual la enfermera demuestra la habilidad para comunicarse efectivamente mediante el concepto de escuchar con un objetivo en su mente.

“Enfermera- ¿usted es de Golfito!

Paciente- ¡no! de San Vito de Coto Brús.

Enfermera- ¿ y vienen a verla?

Paciente- eso es muy difícil, solamente mis familiares que hay por aquí, vienen a veces, de vez en cuando.

Enfermera- hay que aprovechar ¿verdad?, llámelos. ¡Amigas!... para que sienta compañía.”

Para lograr la interacción con el paciente y su familia, es imprescindible la adecuada competencia comunicativa del profesional de enfermería. Es fundamental la práctica de la comunicación efectiva en el proceso de educación en salud del usuario y así aportar para cubrir todas aquellas necesidades que van descubriendo en el proceso. El compromiso hacia el paciente y su familia será la motivación para establecer un vínculo que identifique de forma inmediata y asertiva los objetivos a corto, mediano y largo plazo.

Mediante un breve análisis del protocolo de Educación en Salud del Hospital Nacional Psiquiátrico (HNP) y Hospital San Juan de Dios, se observa la posibilidad de abordar el plan de educación en salud en el post operatorio actual del Hospital San Rafael de Alajuela con el propósito de tener mayor claridad en este tema.

Existe un modelo de método de educación en salud, efectivo y exitoso, creado por el departamento de Supervisión de Enfermería del Hospital Nacional Psiquiátrico (HNP) de Costa Rica. El proceso se inicia con una cita entre los familiares y el personal de salud, en ausencia del paciente. Dicho encuentro busca diagnosticar las necesidades de los miembros del núcleo familiar y el usuario, en áreas como: conocimiento del diagnóstico, tratamiento, actitudes, entre otros.

Todo este proceso da inicio con una llamada telefónica por parte de la enfermera o enfermero luego de que el paciente es dado de alta. La llamada telefónica genera en el

usuario y su familia un sentimiento de importancia-prioridad por parte del personal de salud; reforzando la idea de ser apoyado por la institución, lo cual genera gratificación hacia el servicio previamente planeado y debidamente ejecutado. La llamada se deberá hacer en los próximos treinta días luego de la salida del paciente; tiempo en el cual el recién egresado disfruta de un organismo y de una condición mental debidamente compensado, la siguiente llamada se realizará a los dos meses y la siguiente a los seis meses de la fecha de egreso.

Esta llamada permitirá reevaluar el nivel de conocimiento de educación en salud impartido con anterioridad al núcleo familiar y paciente, antes de la cita de seguimiento de psiquiatría comunitaria.

El equipo interdisciplinario que realiza la evaluación consta de un representante de medicina interna, farmacia y enfermería entre otros. Mediante un sistema de comunicación interna de referencias de enfermería, se espera abordar y resolver cualquier situación e inconveniente que se presente luego de la salida del usuario.

Es aquí donde el plan de seguimiento al paciente de egreso toma importancia. Disminuyendo los reingresos por descompensaciones y posibles complicaciones o por falta de supervisión y orientación. Al mismo tiempo nos damos cuenta de los beneficios que ha traído la participación en dicho programa.

El HNP cuenta con un programa de enfermería comunitaria dirigido al paciente esquizofrénico y que funciona a partir de una referencia y la contra referencia integrado a un programa de redes de apoyo.

Este protocolo da inicio a partir de la referencia que las enfermeras de los diferentes servicios dirigen a la consulta de egreso. La referencia debe indicar un criterio de “prioridad” para que el usuario sea visitado a la mayor brevedad posible según los recursos disponibles en las Áreas de Salud o por el personal de la Comunidad. Entre estos existe:

- Ingresos por primera vez con trastornos esquizofrénicos.
- Personas con mayor desestructuración y deterioro, con dificultad de manejo a nivel del hogar.
- Reingresos frecuentes.
- Abandono del tratamiento una vez egresados. (pobre adherencia al tratamiento)
- Personas reubicadas en opciones residenciales.

Las acciones que se plasman van orientadas a favorecer la aplicación de las distintas técnicas demostradas, la adherencia al tratamiento y la estabilidad del usuario/a en su comunidad y su respectiva incorporación social, ésto se reflejaría en menos recaídas y abandono de tratamiento. Luego se iniciará el seguimiento de enfermería a usuarios/as egresados/as del HNP por medio de Referencias de Enfermería a las Áreas de Salud.

Cumpliendo los Compromisos de Gestión y estándares en la calidad de atención, los egresos deben realizarse en un lapso de tres días máximo, después de recibida la notificación de egreso según la comunidad de origen.

Como parte del plan a realizar por el Hospital Nacional Psiquiátrico (HNP), uno de los objetivos del programa de Enfermería Comunitaria es el mejoramiento constante en el protocolo de egreso de los usuarios a la vez pretenden estimularlos a que ventilen sus dudas

con respecto a su patología, mejorando así su recuperación y calidad de vida como también la reintegración a la sociedad. Este sistema logrará impactar a diversas entidades con el objetivo de seguir progresando en el proceso de consulta. La atención al usuario debe ser integral y continuada hasta donde él o ella lo requieran para promover su rehabilitación.

Dentro del proceso de la preparación para la elaboración del programa de educación en salud, el saber realizar las preguntas adecuadas, será la clave para obtener los indicios que permitirán crear la base. El Protocolo de la Entrevista Peri Operatoria del Hospital San Juan de Dios es un ejemplo de la importancia de la Educación en Salud practicada y publicada de forma oficial. **(Ver anexo # 1).**

La profesional en enfermería Libia Solís dió inicio a este programa en 1993 luego de considerar la necesidad de explicarle al usuario el procedimiento quirúrgico a llevarse a cabo y la posibilidad de exponer las dudas respecto al procedimiento, logrando así evitar una mayor número de cancelaciones de cirugías por falta de preparación del paciente.

Los objetivos principales: anticipar el procedimiento, la preparación nutricional, las técnicas de movilización y disminuir la ansiedad del paciente ante la intervención.

Actualmente el programa Peri Operatoria se rige por el Manual Institucional de Normas de Atención Peri-Operatoria. (Nacional).

Aplicado únicamente a los servicios de cirugías de hombres / mujeres y servicios especializados donde los usuarios serán sometidos a cirugía; el proceso de educación que precede a la intervención quirúrgica se divide en tres fases, las cuales están divididas en etapas:

***Primera fase: Pre***

Visita el día anterior, entrevista, valora, planea y registra. Coordina equipo.

- **Primera etapa:** Preparación de material.
- **Segunda etapa:** Revisión de buzón.
- **Tercera etapa:** Categorizar las solicitudes de sala de operaciones.
- **Cuarta etapa:** Verificación de internamiento y encamamiento.
- **Quinta etapa:** Entrevista de paciente.
- **Sexta etapa:** Nota de enfermería.
- **Séptima etapa:** Adjuntar papelería a expediente del paciente.
- **Segunda fase: Intra**
  - Velar por el pudor, la integridad física, emocional y la seguridad del usuario.
- Resucitación o post mortum.
- **Tercera fase: Post**
  - Inicia en la sala de operación, termina en el servicio de procedencia donde fue internado el usuario, previa indicación médica.

El tiempo dispuesto para la entrevista de cada paciente es de unos 45 minutos máximo, tomando en cuenta la hora de inicio y coordinar elementos tales como: la hora de aseo personal, la ronda médica, los horarios de alimentación, el día y hora de la cirugía.

Entre los puntos más importantes a tomar en cuenta para la entrevista están:

- Núcleo Familiar.
- Entorno.
- Religión.
- Estado de Salud o Estado Emocional.
- Aporte por parte de Enfermería.

El programa exige considerar necesidades especiales que puedan presentar los usuarios, como la educación al pacientes analfabeta. Para ello se utiliza la terminología sencilla, el uso de la huella digital como método de firma y la presencia del familiar para firmar la papelería legal de estar presente. En el caso del paciente con impedimento visual la técnica del tacto y explicación detallada se considera la más conveniente, nuevamente permitiendo que un familiar o allegado firme la papelería legal de estar presente.

Los participantes de la entrevista disfrutaban de un ambiente de confianza e interactividad mutua. Los usuarios refieren sentir mayor seguridad con respecto a la intervención luego de la educación en salud. Demuestran profundo agradecimiento por el tiempo brindado y la disponibilidad para escuchar. De igual manera se experimenta el rechazo de algunos usuarios al proceso.

Cuando se presenta el caso de un paciente sordo, se considera la posibilidad de pedir asistencia de un profesional o personal médico capacitado para el lenguaje de señas y la escritura con caracteres legibles.

Luego de establecidas las diversas necesidades, se procede a establecer el método; como base principal, el proceso debe reconocerse por su calidad, calidez y humanización.

Sensibilizarse sobre el significado e importancia del procedimiento para el paciente.

Escuchar y reforzar las áreas que se perciban como débiles.

La enseñanza de un paciente no se delega a menos que sea a alguien del mismo rango o de mayor grado académico, y educar en el área de su especialidad, se deberá llevar a cabo por un enfermero educador especializado en el área quirúrgica/instrumentista, a base de un cronograma de actividades de visita, el enfermero en servicio coordina, planea e implementa. Asignando el orden de visita de los pacientes según las diferentes especialidades (oncología, ortopedia, neurología, cirugía plástica, cardiología y cirugía general).

El enfermero educador en salud debe participar de educación continua, la cual coordina programas, planea, organiza, implementa, realiza cronograma, coordina expositores, informe mensual de charlas impartida con la educadora en servicio de compromiso de gestión.

Para evaluar el nivel de educación en salud del usuario y su familia se procede a utilizar la retroalimentación, además se evalúa la atención de enfermería mediante el logro de objetivos planeados por los mismos profesionales de enfermería que iniciaron el proceso de educación y/o preparación en el Peri Operatorio mediante la aplicabilidad del instrumento para medir la satisfacción del usuario previo, durante y después de la intervención y el cuestionario de control de calidad.

Luego de que la entrevista haya finalizado esta información recolectada en el cuestionario y notas especiales en el expediente se brinda un informe mensual de las visitas

realizadas, un informe de las visitas post operatorias cada tres meses y el reporte al departamento de auditoría.

Con el avance de los años el ente regulador ha aumentado el número de entrevistas a realizarse diariamente luego del éxito observado en la disminución de complicaciones en el post operatorio, disminución de gastos recursos por parte de la C.C.S.S., mejor interacción entre el personal de enfermería y el paciente, disminución del temor al procedimiento y al proceso de rehabilitación. Actualmente el total de entrevistas diarias a realizarse es de doce.

Esta serie de programas han sido creados para los usuarios y familiares, con la idea de resolver una problemática directamente relacionada con la falta de educación en salud y las complicaciones que se derivan de ésta.

Para poder adaptar este sistema al centro hospitalario objeto de la investigación, es preciso realizar algunas adaptaciones a dicho protocolo con el propósito de que éste pueda ser puesto en práctica en los servicios de cirugía y por ende específicamente enfocado al postoperatorio.

Es necesario prestar atención a todos aquellos elementos como propios de la tarea del cuidado de enfermería: La eficiencia en las labores técnicas, la actitud de escucha y la comprensión, la ayuda y colaboración por el bien del enfermo entre otros, según Feíto (2012).

Determinar las necesidades del usuario se convierte en una prioridad por parte de la enfermera durante el período de preparación previo al proceso de Educación en Salud.

El servicio de internamiento, como Cirugía de Mujeres/Hombres, Ortopedia y Cirugía Ambulatoria son algunos de los detalles a tomar en cuenta a la hora de crear el programa de educación en salud personalizado. Al igual que la posibilidad de que el usuario no cuente con la preparación académica para lidiar con la papelería, alguna discapacidad física (de desplazamiento, ceguera, sordera entre otros), la posibilidad de enfrentar el proceso quirúrgico sin acompañante y la coordinación del transporte de regreso a casa de forma segura. Estos y otros factores darán la pauta para el establecimiento de las diversas necesidades que deben enfrentar, tanto en el hogar como el área laboral.

De estos factores se podrán derivar otras posibles necesidades, la integración del paciente a su proceso de recuperación de forma interactiva, integración del familiar o sistema de apoyo durante la fase preoperatoria y postoperatoria y finalmente la del equipo interdisciplinario mediante charlas, entrevistas y demostraciones.

Llegado el momento del procedimiento quirúrgico, el usuario que se someterá sometido a la cirugía y su sistema de apoyo, puede llegar a enfrentar una serie de dudas, las que les permite observar y aceptar ciertas limitantes y necesidades que en algún momento no fueron tomadas en cuenta. Esto llega a dar paso a cierto grado de inseguridad lo cual crea ansiedad.

Existen necesidades reflejadas en diversas áreas de la vida las cuales requieren ser reconocidas, modificadas y resueltas previos al egreso del usuario. Este proceso permitirá que al llegar el momento de la recuperación y rehabilitación, ambas partes puedan brindar un servicio integral.

Según Ramón García-Pelayo y Gross (1978), la palabra 'necesario' se define como algo indispensable, que hace absolutamente falta, que no puede dejar de ser. Durante el proceso pre operatorio, intra operatorio y post operatorio, el personal de enfermería debe tomar como un reto personal-laboral el satisfacer todas y cada una de las necesidades del usuario postquirúrgico.

Se puede coincidir que la necesidad será toda aquella ausencia de información, fluidez en técnicas y medios que obstaculicen la afluencia de los cuidados durante los estadios del proceso postoperatorio.

### **2.3.1 DESARROLLO DE TÉCNICAS PARA CAPACITAR**

En la actualidad, frente a las diversas necesidades personales, sociales y económicas el paciente se ve obligado a aprender a lo largo de toda su vida, a formar nuevas estructuras de pensamiento en su mente, estructuras que le permitirán estar preparado para hacerle frente a la intervención quirúrgica. Paralelamente el profesional de enfermería debe capacitarse para así poder demostrar su competitividad y compartir su conocimiento.

Sin embargo, es necesario reconocer que el proceso de educación del usuario no está alcanzando el nivel requerido, se puede decir que hasta cierto punto éstas se catalogan como limitadas o ausentes; quizá por falta de motivación, de habilidades para la materia o bien falta de preparación por parte del personal de enfermería. El aprender aún importa poco, el enfermero promedio todavía piensa que basta con una breve explicación de pocos segundos para que el usuario y su familia estén preparados para lo que está por venir.

El paciente puede aprender a través de diversas técnicas, diferentes e individualizadas. Pero sólo él puede aprender, nadie lo puede hacer por él.

“De esta manera, el saber no puede ser transmitido directamente. Cada individuo debe elaborar sus propios significados, compatibles con lo que él es. Y esto sólo puede ser llevado a cabo a través de su experiencia particular: sus interrogantes, su marco de referencia (empezando por las palabras), su manera de producir sentido, a pesar de esto, en el aprender no todo es puramente cognitivo” (Giordan, 2006).

Como Educador en Salud el enfermero/a nunca deja de valorar al paciente de forma holística, al igual que educar y transmitir conocimiento. Por ello el personal que brinda el cuidado se ve obligado a mantener su conocimientos actualizado por medio de herramientas didácticas innovadoras que cubran las diversas áreas que afectan el desempeño del usuario y la de su familia; utilizando medios audiovisuales, charlas, información escrita, entrevistas y tipo de vocabulario según la Lic. Aguilar del Departamento de Educación del HSRA (2012).

La didáctica utilizada en la capacitación a desarrollarse es de vital importancia a la hora de educar al paciente y su familia. Estas deben tener como finalidad enlazar de forma integral la información recibida durante el proceso de educación en salud versus los cuidados a aplicar en el post-operatorio. Estas dependerán de las necesidades observadas como el nivel de escolaridad, discapacidades audiovisuales - oral, núcleo familiar, salud emocional, comunicación, factor económico, técnicas relacionadas al procedimiento quirúrgico, idioma y trasfondo cultural entre otras.

Dichas técnicas de capacitación pueden llegar a crear la diferencia en el proceso de recuperación. Las técnicas de capacitación y los recursos didácticos no deben depender únicamente de técnicas nuevas, más bien deben basarse en ideas aplicadas según la

necesidad propia del paciente. El autor Cirigliano en su época hizo alusión a este tema al proponer que estas técnicas se basaran en ideas.

Dentro de las técnicas a rescatar para el proceso de la capacitación, se puede recurrir al:

- Diálogo

Este proceso se enfoca en permitir un intercambio de ideas y dudas.

- La Lectura comentada

Esta técnica incentiva la lectura de la papelería relacionada con el diagnóstico y el procedimiento quirúrgico. Permite que la enfermera/o oriente al usuario durante la tarea.

- Debate dirigido

La finalidad del procedimiento es brindar técnicas e información, la cual podrá ser discutida y cuestionada por el usuario y su familia.

- Tormenta de ideas

Proceso interactivo donde el usuario y su familia buscan colaborar en el proceso de recuperación utilizando los medios a su alcance.

- Dramatización

Permite participar del proceso de la educación mediante la estimulación de los sentidos. Especialmente el visual y táctil.

- Técnica expositiva

El usuario, familia o acompañante demostrarán mediante el ejemplo retroactivo la educación recibida por parte del personal de enfermería.

- El método del caso

Se brinda documentación con detalles específicos recreando un caso parecido para observar y estimular la participación de los participantes.

- Video conferencia

Busca demostrar los puntos más importantes a través de la demostración por un medio visual.

Además, para llevar a cabo este proceso de capacitación se debe contar con diversas herramientas que asisten en el proceso interactivo, podemos mencionar la computadora, el video proyector, video, papeles de colores, figuras en diferentes tamaños, imágenes, marcadores, lápices de color, pizarra, boletín, instrumental utilizado en la cirugía, vestimenta hospitalaria, marionetas, títeres, consulta por medio de internet entre las muchas más que se pueden encontrar.

La responsabilidad de un apropiado proceso de educación en salud por parte de la enfermera/o recae totalmente en el miembro que llevará a cabo el proceso de enseñanza.

### **2.3.2 FUNCIÓN DE LOS RECURSOS DIDÁCTICOS**

La palabra *didáctico/ca* se define como el área de la pedagogía que se ocupa de las técnicas y métodos de la enseñanza según el diccionario *didáctico/ca* (2012, Junio 8).

*WordReference, Online Language Dictionaries*. Diccionario de la Lengua Española.

Recuperado de <http://www.wordreference.com/definicion/didactico>. Dentro del mismo

plano, las prácticas de la enseñanza constituyen dispositivos de formación mediante los cuales se logra establecer una relación entre el educador y el educado, lo que posibilita la interrogación acerca de temas y posibles metodologías alternas de acuerdo con el ensayo Dispositivos de Formación para la Enseñanza en psicología, Compagnucci y Cardos (2006). “Laura Gaidulewicz al abordar la construcción de dispositivos de enseñanza y formación señala que ésta "conlleva un proceso permanente de des-anudar la trama de poder-saber para reconstruirla en sus diferentes significados, en lo que establece, enuncia, muestra, más que en lo que censura, rechaza, oculta (Compagnucci & Cardos, 2006, p. 10-12).

En el artículo *Análisis de la Conversación: una propuesta para el Estudio de la Interacción Didáctica en la Sala de Clases* por Villalta P. (2009) refiere que “la transmisión de información es el eje temático en lo que a didáctica se refiere”. El valor pedagógico de los medios está íntimamente relacionado con el contexto en que se usan. El tipo de material didáctico para brindar el proceso de educación en salud exige que el enfermero/a correspondiente tenga claros cuáles con las principales funciones que pueden desempeñar los medios en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

A continuación algunas de las funciones de los medios:

- **Función innovadora.** Cada nuevo tipo de recursos plantea una nueva forma de interacción. En unas ocasiones provoca que cambie el proceso, en otras refuerza la situación existente.

- **Función motivadora.** Se trata de acercar el aprendizaje a los intereses de los pacientes y de contextualizarlo social y culturalmente, superando así el verbalismo como única vía.
- **Función estructuradora de la realidad.** Al ser los recursos mediadores de la realidad, el hecho de utilizar distintos medios facilita el contacto con distintas realidades, así como distintas visiones y aspectos de las mismas.
- **Función facilitadora de la acción didáctica.** Los recursos facilitan la organización de las experiencias de aprendizaje, actuando como guías, no sólo en cuanto nos ponen en contacto con los contenidos, sino también en cuanto al requerir la realización de un trabajo con el propio medio.
- **Función formativa.** Los distintos medios permiten y provocan la aparición y expresión de emociones, informaciones y valores que transmiten diversas modalidades de relación, cooperación o comunicación.

La falta absoluta o parcial de conocimiento por parte del usuario y su familia sobre temas tales como los medicamentos y sus efectos secundarios, signos y síntomas de complicaciones luego de la cirugía, lavado de manos, mecánica corporal, entre otros, darán la pauta para la preparación de un programa con una finalidad en mente, capacitar y dotar al usuario y su familia con variadas herramientas, las cuales le ayudarán en el proceso completo de recuperación y rehabilitación.

### **2.3.3 PLANEAR EL PROGRAMA DE EDUCACIÓN EN SALUD**

El proceso de la planeación educativa es aquel que nos permitirá establecer objetivos y metas, razonables y medibles. Gracias a la planeación es posible definir qué hacer y qué estrategias y medios didácticos utilizar. Igualmente es importante considerar la naturaleza del problema, las condiciones de aprendizaje, la complejidad de la realidad educativa, el ambiente y cualquier otro factor externo. La planeación pretende lograr anticipar el resultado de todas aquellas posibilidades consideradas con el fin de optar por la más apta, para lograr el objetivo.

Entre los parámetros que mencionan en su estudio Reflexión Metodológica sobre la aplicación concreta de la investigación acción participativa (IAP) en contextos rurales del estado de Colima, a tomar en cuenta para la planeación, la Configuración del Grupo pasa a citar las siguientes palabras, “en términos descriptivos comprende cualquier clase de asociación, en la que sus integrantes se reúnen con el fin de llevar a cabo una acción para mejorar sus condiciones” (Chávez & Daza, 2003, p. 115-146).

Seguidamente pasan a describir la metodología operativa, la cual se divide en tres fases, la planeación, el desarrollo y finalmente la sistematización y análisis. Es en la última fase donde se retroalimenta el material enseñado.

He aquí algunos puntos a considerar al planear el proceso de educación en salud del paciente postquirúrgico por parte del personal de enfermería.

### **Antes el periodo de la educación:**

- ¿Que es lo que se espera del paciente?
- Reconocer las fortalezas y las debilidades del usuario.
- Considerar posibles discapacidades que sufra el usuario.
- Utilizar la información que sabe del paciente para crear el programa.
- Evaluar los métodos de educación recibidos anteriormente y su efectividad.
- Considerar estilos interactivos para la participación del usuario y su familia.
- El periodo de tiempo en los cuales se espera que se den los resultados.
- Posibilidad de recibir el plan educativo con un acompañante.
- Brindar la charla en la fecha más próxima a la intervención quirúrgica.

### **Durante el periodo de la educación:**

- Mantener la conversación enfocada al paciente y su padecimiento.
- Ser un comunicador efectivo mediante la incentivación de dudas y preguntas.
- Mantener el contacto visual.
- Estudiar el lenguaje corporal.
- Interpretar el silencio como falta de claridad en la explicación.
- Saber escuchar.
- Asegurarse de responder las preguntas y esperar confirmación.
- Utilizar la información del expediente para fortalecer áreas sensibles e información pendiente.

- Brindar documentación y papelería para revisar en el hogar.

**Después del periodo de la educación:**

- Evaluar el nivel de conocimiento previo a la cirugía.
- Documentar el proceso de orientación del paciente y familia.
- Estar a disposición del usuario y su familia en todo momento.

## **2.4 PACIENTE EN EL PERI OPERATORIO Y EDUCACIÓN DE LA FAMILIA.**

Según Berman & Snyder (2008) “la educación en salud de la familia para la fase post operatoria es una responsabilidad esencial en el período previo a la intervención”.

Por ello, se considera obsoleto el sostener una educación del paciente y sus familiares que sea de un sistema pasivo, mero receptor o reflejo de una agrupación de reglas e indicaciones que lo determinen mecánicamente, según Rozo de Arévalo (2002, p. 27-35).

La educación del paciente y el apoyo emocional tienen un efecto positivo sobre el bienestar físico y psicológico, antes y después del procedimiento quirúrgico. En un análisis de 102 estudios, los pacientes quirúrgicos que recibieron educación en salud o intervenciones de apoyo tuvieron menos ansiedad y/o dolor, experimentaron menos complicaciones, fueron dados de alta antes, se mostraron más satisfechos con su asistencia y volvieron antes a las actividades cotidianas que los pacientes que no recibieron este tipo de asistencia. Estos posibles resultados pueden atribuirse en parte a la sensación de control sobre su condición que el paciente adquiere a través de la educación por parte de enfermería.

La Educación del paciente debe comenzar tan rápido como el paciente sepa el tipo de intervención que se le ha indicado. La educación puede empezar ya en la consulta del médico o en el momento en que se le hagan las pruebas previas al ingreso. Aunque la educación continúa durante los cuidados post operatorios, la mayor parte de la educación se hace antes de la intervención quirúrgica, porque el dolor y los efectos de la anestesia pueden reducir mucho la capacidad del paciente para aprender.

A continuación una parte de una entrevista en el servicio de oncología del Hospital San Juan de Dios, realizada a una paciente el día anterior a la intervención quirúrgica.

Recuerde que para mañana nada de alhajas, nada de maquillaje, uñas sin pintar en manos y pies, nada de desodorante, crema, talco, perfume, ...ahí pregunta a ver si ellos tienen acetona.

“Recuerde entonces que no se lleva nada de ropita interior, si usa prótesis dental me la deja aquí guardadita, no se la lleve a la sala, la enfermera le mandan un reporte si lleva algo.

Como lo suyo es de aquí del cuello, entonces recuerde que la camita debe estar elevadita y es mejor no usar amohada para evitar que el cuello esté doblado, que éste éste lextendidito y no estar moviendo el cuello de un lado para el otro para evitar que sangre.

La heridita del cuello no debe de estársela tocando porque la podemos contaminar con la mano, pero en su casa la puede lavar tres veces al día con jabón antibacterial hasta que usted vea que la herida sanó y cerró” (Araya, 2012).

La cantidad de información que el paciente necesita saber varía de un paciente a otro. Por lo tanto, evalúe la condición general del paciente y su disposición a aceptar la información.

La educación la dirigirá en parte el procedimiento quirúrgico que se vaya a realizar y el tipo de anestesia. La información de los siguientes puntos es relevante para la mayoría de los pacientes que se van a intervenir. Esto se demuestra en el siguiente diálogo llevado a cabo entre una paciente del servicio de oncología y la enfermera educadora.

“Enfermera – ¿Qué es lo que le van a operar?”

Paciente – bueno, por lo que me dijeron es del hígado. O sea ya me habían operado la vesícula seis meses antes, pero me salió un tumor adherido a la vesícula y entre el hígado, entonces me quitaron una parte, me dejaron una partecita de la vesícula que me lo tienen que quitar y luego el hígado para ver que esté todo bien y que no haya más peligro, que no haya avanzado tanto eso, un canchillo ahí, el bazo que está un poco dañado ¿y de los pulmones?, no sé qué será lo que me van a hacer.

Enfermera- ¿ya firmó autorizando cirugía?

Paciente – ¡no!...

Enfermera- bueno, quedamos doña... que el médico o el personal le avisa si ya quedó para mañana.

Paciente- ¡ok, está bien!

Enfermera- si quedamos para mañana recuerde que ya hoy a las ocho de la noche empezaría ayuno, ¿verdad? y después de esa hora no se come nada, ni agua.

Paciente- ¡uhu!

Enfermera – recuerde que para el día de la cirugía nada de alhajas, nada de maquillaje, uñas sin pintar manos y pies, desodorante, crema, talco, perfume, nada de eso se usa...

Bien lavado ombligo, abdomen, genitales. ¿Qué se puede encontrar usted después de la cirugía? Con una sonda en la nariz otra para orinar, algún drenaje que el doctor le haya dejado...” (Araya, 2012).

Además de educar al paciente y a la familia sobre las medidas que reducirán el riesgo de complicaciones, debe de proporcionarse otra información pre operatoria para preparar al paciente y a la familia para la intervención. Esta información debe incluir lo siguiente:

- Pruebas diagnósticas: razones y preparación.
- Momento de llegada si la intervención se programa a primera hora de la mañana.
- Preparaciones para la intervención después de la medianoche antes de la mañana de la intervención, preparación de la piel, colocación de sonda o eliminación vesical, comienzo de la infusión intravenosa, medicamentos preoperatorios, manejo de objetos valiosos (anillos, reloj, dinero).
- Medicamentos sedantes o hipnóticos que deben tomarse la noche anterior a la intervención para favorecer el reposo y el sueño.
- Asesorar sobre si tomar medicamentos importantes la mañana de la intervención.
- Consentimiento informado.

- Programación esperada para la intervención y la sala de la recuperación.
- Forma de informar a la familia del progreso a lo largo de la intervención.
- Transferencia al departamento de cirugía.
- Localización de la sala de espera quirúrgica.
- Transferencia a la sala de recuperación.
- Actividades, dispositivos o equipo postoperatorios previstos (drenajes, tubos, equipo para infusiones IV, oxígeno o mascarilla humidificadora, vendajes, férulas, escayolas).
- Planes para el dolor postoperatorio.

Debido a que el tema de la Educación en Salud es muy amplio profundizar con mayor énfasis en algunas áreas específicas, entre estas mencionaremos: curación de la herida quirúrgica, lavado de manos, signos vitales, posibles complicaciones, medicamentos, estadios del post operatorio, movilización, nutrición, entrevista entre muchos otros puntos importantes.

## **2.5 EDUCACIÓN EN SALUD Y EL AUTOCUIDADO**

El término auto cuidado se compone de dos palabras auto-cuidado. El diccionario *Auto* (2012, Junio 11). *WordReference, Online Language Dictionaries*. Diccionario de la Lengua Española. Recuperado de <http://www.wordreference.com/definicion/auto> define la palabra *auto* como: “propio, por sí mismo; y define el termino *cuidado* como: vigilancia por el bienestar de alguien o por el funcionamiento de una cosa”. Recuperado de <http://www.wordreference.com/definicion/cuidado>.

Los autores Villamil & Nevado proponen en su artículo, *El Auto Cuidado de*

*la Salud una Responsabilidad Asumida por Otros*, que el termino auto cuidado o auto mantenimiento según Trujillo (2002) se refiere a “la planeación, ejecución y seguimiento de aquellos hábitos, rutinas diarias y actividades indispensables para la supervivencia biológica, intelectual y socio-económica” Villamil & Nevado (2005, p. 43-52).

Vale aclarar que la práctica del auto cuidado está directamente relacionada con el trasfondo cultural y las creencias del paciente y sus familiares. Que el usuario reconozca la importancia de mantener y recuperar la salud es vital para el proceso de rehabilitación en el post operatorio.

De acuerdo con Rozo de Arévalo (2002) la decisión de una persona por estar sana requiere de conocimientos, estos deben ser “precisos, fiables, sobre cómo alcanzar un buen estado de salud y sobre los riesgos para la salud que se presentan en su vida cotidiana.” Por otro lado Berman, Snyder, Koizier, Erb (2008) lo define como “el cuidado propio, definido como la respuesta a las necesidades de crecimiento personal, conlleva iniciación y mantenimiento de conductas que favorecen una vida sana y el bienestar”. Según Aguilar (2012), Berman et al., la base del auto cuidado fomenta la independencia del usuario, menos ansiedad y mayor tranquilidad para la familia.

La propuesta de Rivero, González, González, Núñez, Hornedo, Rojas (2007) es el auto cuidado como el concepto básico de la teoría. “Conjunto de acciones que realiza la persona para controlar los factores internos y externos que pueden comprometer su vida y su desarrollo posterior.” Una conducta que realiza o debería

realizar el individuo por sí mismo, a éste también se le puede llamar un agente de auto cuidado. El agente es la persona que realiza las acciones de auto cuidado.

Una vez aclarado el concepto del término, la capacitación del paciente en cuanto a las técnicas que deberá realizar depende del criterio de la enfermera, para el proceso de educación el educador, se verá obligado a considerar factores como discapacidad, auto percepción, sistema de apoyo, salud emocional, trasfondo cultural, dieta y sus horarios, hábitos de limpieza, mecánica corporal, posibilidades económicas, credo religioso, manejo de crisis y posibilidad de transporte entre otros, con la idea de alcanzar los tres objetivos manifestados por Rivero et. al (2007).

- Requisito Universal: Satisfacción de las necesidades básicas.
- Requisito de Desarrollo: Satisfacción de necesidades según el período del ciclo vital.
- Requisito de Desviación de la Salud: Satisfacción de necesidades en cada proceso de alteración de la salud.

Culturalmente hablando, debemos priorizar la obtención de datos tales como percepción de prácticas como las que menciona Berman et al. (2008) que son: acupuntura, reflexología, curanderismo, curación botánica, meditación, Ayurveda (medicina hindú), medicina china tradicional, aromaterapia, homeopatía, quiropraxia, masajes y naturopatía entre otros. Para el agente de autocuidado o simplemente el paciente, será de gran utilidad tomar en cuenta algunos aspectos que le favorecerán durante el proceso para alcanzar los objetivos que integran la vida cotidiana, entre algunos de los factores que se puede mencionar existen ocho

remedios naturales indispensables para recuperar la salud:

- Agua fresca
- Dieta balanceada
- Descanso
- Aire puro
- Comunión con Dios
- Ejercicio rutinario
- Luz solar
- Abstinencia o temperancia

Practicando dichas conductas se estará centrando de manera holística en el óptimo nivel de autocuidado. Estos cuentan con la ventaja de ser flexibles, aplicables de forma independiente a la necesidad de cada paciente con el propósito de llegar a alcanzar la recuperación total y el reintegro del usuario a las actividades diarias a la cuales está acostumbrado.

Todos aquellos usuarios que se les facilite el acceso a la tecnología tendrán una mayor ventaja en cuanto a capacitación y demostración de técnicas a practicar en el hogar, acelerando el proceso de recuperación durante los primeros días luego de la intervención o también conocidos como *Estadios*. El dominio y familiarización por parte del paciente y su núcleo de apoyo, con dicho término será de mucha importancia según LeMone y Burke (2009) para así reconocer las distintas fases, las cuales irán atravesando en el transcurso de la recuperación. Se recomienda explicar, estudiar y utilizar estas fases como plataforma para coordinar

las acciones de autocuidado del paciente.

### ***Estadio I***

Desde la intervención hasta el día 2. Se produce el proceso inflamatorio para reparar el tejido vecino para la curación. Los vasos sanguíneos se contraen y se produce el coágulo. Sigue la vasodilatación, que trae más sangre, leucocitos y fibroplastia a la zona de la herida. Las células epiteliales comienzan a formar y reestablecer el flujo sanguíneo en el tejido de la herida. Es normal una elevación ligera de la temperatura.

### ***Estadio II***

Desde el día 3 hasta el 14 de la intervención. Hay presentes menos leucocitos. Se forma tejido de colágeno en el tejido de la herida. Se establece tejido de granulación y un aporte sanguíneo rico y rojo.

### ***Estadio III***

Día 15 a semana 3 de la intervención. Las fibras de colágeno continúan fortaleciendo la herida. A medida que disminuye el riego sanguíneo, el tejido cicatricial aparece sonrosado y algo elevado.

### ***Estadio IV***

Varios meses después a un año tras la intervención. A medida que el tejido de la herida se contrae, la cicatriz se aplana, se reduce y se blanquea.

## **2.6 EVALUACIÓN DEL NIVEL DE EDUCACION EN SALUD PARA EL AUTOCUIDADO**

Se espera que luego del proceso de educación en salud el paciente que será sometido a una intervención debe contar con el conocimiento básico relacionado con el tipo de cirugía a la cual será sometido, lavado de manos, la curación de su herida, signos vitales con sus parámetros normales, nutrición, proceso de interacción de la medicina tradicional versus medicina alternativa, signos y síntomas de posibles complicaciones y mecánica corporal entre otros. La enfermera/o debe contar con la habilidad de evaluar el conocimiento del paciente para así tomar el siguiente paso dentro del proceso de la coordinación, ya sea reafirmar o bien seguir añadiendo más información.

### **TIPO DE CIRUGÍA**

Existe una gran diversidad de técnicas quirúrgicas para realizar las intervenciones, ya sea de carácter diagnóstico, paliativo o bien, curativo.

Sin importar el tipo de la misma, el objetivo común será mantener la integridad de la herida como resultado de la invasión y el evitar a toda costa una posible contaminación o complicación de la herida, ya sea por algún agente ajeno o por algún factor relacionado a nutrición e higiene postural.

El consorcio de cuidado médicos SHARP San Diego's Health Care Leader (Anónimo, 2012) brinda una descripción detallada sobre los distintos tipos de cirugías y la magnitud de las mismas. La cirugía puede ser clasificada como mayor o menor, de acuerdo con la gravedad de la enfermedad, las partes del cuerpo afectadas, la complejidad de la operación y el tiempo de recuperación esperado.

- ***Cirugía mayor:*** Son las cirugías de cabeza, cuello, toráx y abdomen. El tiempo de recuperación puede ser largo y exigir la permanencia en terapia intensiva o varios días de hospitalización.

Extirpación de tumores, reparación de malformaciones, reparación de cardiopatías congénitas, trasplante de órganos y reparación de malformaciones intestinales, reparación de anomalías de la espina dorsal y tratamiento de lesiones sufridas en traumatismos contusos graves, corrección de problemas de desarrollo fetal de los pulmones entre muchos otros.

- ***Cirugía menor:*** Generalmente estas cirugías no requieren hospitalización y el paciente regresa a su hogar el mismo día. Entre ellas están la reparación de hernias, reparación de fracturas de los huesos, extirpación de lesiones en la piel, biopsias, tumores.
- ***Cirugía electiva:*** Son los procedimientos, que pueden ser útiles pero no esenciales. Por ejemplo las marcas de nacimiento, la circuncisión en el bebé de sexo masculino.
- ***Cirugía necesaria:*** Son los procedimientos que necesiten practicarse para asegurar la calidad de vida del paciente en el futuro. Por ejemplo la realización de una fusión vertebral para reparar una curvatura severa de la columna vertebral. A diferencia de la cirugía de emergencia.
- ***Cirugía de emergencia o urgencia:*** Este tipo se realiza como resultado de una necesidad médica urgente, como en el caso de la reparación de una malformación cardíaca congénita que pone en peligro la vida o la reparación

de un órgano interno lesionado luego de un accidente automovilístico.

## **LAVADO DE MANOS**

Por generaciones el lavado de manos ha sido considerado una medida de higiene personal de alto valor moral. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha puesto de manifiesto que el lavado de manos es el medio más efectivo para el control y así evitar la transmisión de organismos infecciosos. Es por ello que esta técnica es catalogada como un programa de seguridad.

Consuegra & Annia C. (2011) en su artículo, Programa de lavado de manos: retos y perspectivas, manifiestan: “desde que Semmelweis demostró la influencia de la higiene de las manos en la disminución de la morbimortalidad asociada con las complicaciones infecciosas, muchos de los estudios y publicaciones en el ámbito mundial confirman su impacto en la calidad del cuidado brindado por los profesionales”.

¿Cuáles son las razones más importantes para la práctica de un buen lavado de manos?, fue la interrogante propuesta por Serjan & Saraceni (2005) en su ensayo *Higiene de Manos*, he aquí cinco motivos cruciales para mantener dicha práctica: remover la suciedad visible de las manos, disminuir la colonización de los pacientes con gérmenes nosocomiales, prevenir las infecciones que los pacientes adquieren en el hospital, prevenir la transferencia bacteriana desde la casa al hospital y viceversa, finalmente disminuir los costos hospitalarios.

Por ello, parte fundamental de un proceso de recuperación postquirúrgico exitoso es el adecuado lavado de manos. Al seguir los pasos de la técnica

cuidadosamente, previo a la curación de la herida, se logrará evitar la transmisión de organismos causantes de infecciones.

Primeramente se debe abrir la llave del agua y mojarse las manos, tomar jabón líquido o en barra antibacterial, seguidamente enjabonarse bien las manos, sosteniendo la barra de jabón con los dedos enjuagarla ligeramente seguidamente frotarse bien las palmas de las manos, el dorso, las uñas y entre los dedos. Enjuagarse con abundante agua y secarse con una toalla limpia o papel desechable. Utilizar un pedazo de papel desechable o toalla para cerrar la llave del agua (grifo). El proceso no debe durar menos de quince segundos. **(Ver anexo # 4).**

## **CURACIÓN DE LA HERIDA**

En su artículo *Valoración y Manejo Peri Operatorio*, Ochoa P. (2000) menciona que una de las causas más importantes de morbilidad post operatoria la constituye la infección de la herida quirúrgica y los tejidos adyacentes. Entre los cuatro factores que preceden el riesgo de una infección son: cirugía abdominal, procedimientos con una duración de más de dos horas, cirugías contaminadas o sucias y pacientes con un número mayor a tres diagnósticos al momento de egresar.

Con el aumento en la posibilidad de una infección de la herida quirúrgica, este será el primero de los múltiples riesgos que deberá enfrentar el paciente sin previo conocimiento de lo que debe esperar; ya sea por la inadecuada manipulación de la misma como por la aplicación tópica de alguna solución, polvo o hierba no prescrita, seguido de la incapacidad de reconocer todo aquel signo y síntoma que refiere que un proceso infeccioso se está presentado o desarrollando.

La información relacionada con esta problemática va desde coloración y temperatura de la piel, presencia de exudado, consistencia y olor del mismo hasta la posibilidad de muerte de tejido. Aplicación indebida de cualquier sustancia no prescrita, con frecuencia recomendada por familiares y conocidos del usuario, sin olvidar la posibilidad de no retirar los puntos a tiempo, provocando que éstos sean cubiertos por parte del tejido cutáneo, lo que dificultará el procedimiento, de aquí la importancia de dotar al paciente y su familia con información oportuna. Es por ello que las complicaciones de la herida quirúrgica se pueden asociar con la localización, técnica de curación, cambio de vendajes, cuidado de la misma, drenajes y nutrición; de ahí que el manejo apropiado por parte del paciente y su familia es indispensable.

Dentro de las técnicas ideales a ser demostradas por parte del personal de enfermería al convalesciente y allegados se debe incluir: la realización del inventario de los materiales a ser utilizados para la curación, el lavado de manos, el retiro del apósito existente sobre la herida, observación cuidadosa del área de la herida, reporte adecuado de cualquier indicio de infección, conservación de técnicas de limpieza apropiadas según el tipo de herida, características del exudado, olor, consistencia y cantidad de secreción presente. Fijación del vendaje y registro escrito de ser necesario.

- ***Retire el vendaje viejo:***

Lávese las manos.

Afloje la cinta adhesiva lentamente.

Retire el vendaje viejo o manchado cuidadosamente. Póngalo en una bolsa plástica roja.

Lávese las manos.

Antes de colocar el vendaje nuevo se procede a curar la herida. Se desecha las primeras gotas del jabón líquido y de la solución que se usará para enjuagar el jabón. Se limpia siempre del centro a la periferia y siempre en la misma dirección. Cada movimiento se realizará con una torunda limpia y seguidamente se desecha. Se seca y se cubre con un vendaje limpio.

- ***Aplique el vendaje nuevo:***

Lávese las manos.

Aplique un vendaje limpio. Use cinta adhesiva médica para asegurar el vendaje si es necesario.

Ponga cualquier basura en la bolsa plástica con el vendaje viejo o manchado.

Deseche la bolsa.

Lávese las manos.

## **SIGNOS VITALES**

<b>Signos Vitales</b>	<b>Abreviatura</b>	<b>Rango</b>
<b>Temperatura</b>	<b>T °</b>	<b>36 - 37</b>
<b>Respiraciones</b>	<b>R'</b>	<b>12 - 20</b>
<b>Frecuencia cardiaca</b>	<b>P'</b>	<b>60 - 100</b>
<b>Presión Arterial</b>	<b>P/A</b>	<b>Sistólica 120 – 129</b> <b>Diastólica 70 - 80</b>
<b>Saturación de Oxígeno</b>	<b>%</b>	<b>&gt; 95</b>

*\*Las frecuencias se miden por minuto.*

## NUTRICIÓN

El apoyo nutricional representa un papel esencial en la terapéutica y la evolución del usuario durante el periodo post-operatorio. Cuando se dificulta el aporte adecuado de nutrientes al cuerpo, se ve obligado a enfrentar un proceso de recuperación y es imperativo que se busquen posibles soluciones para que este aporte llegue a ser óptimo.

Una buena nutrición balanceada es la clave para una pronta recuperación y óptima cicatrización. LeMone y Burke (2009) refieren que en lo entendido al área de la nutrición, al no haber movimiento peristáltico durante más de cuatro a cinco días, la mucosa intestinal se atrofia, lo que pone al paciente en riesgo de infección. (Sección *Antibióticos*, p. 311-312). Es por ello que la curación de la herida después de la intervención quirúrgica depende de una ingestión nutricional adecuada, por eso es necesario una dieta balanceada directamente relacionada con el tipo y alcance de la intervención quirúrgica.

También se menciona que una dieta balanceada, compuesta por vitamina A, alta en proteínas y aporte calórico adecuado ayuda a la producción de anticuerpos y tejido cutáneo nuevo, lo que influirá en el proceso adecuado de cicatrización.

Carbohidratos como fuente de energía, reforzar la labor de los leucocitos y vitamina K para la síntesis de los factores de coagulación en el hígado.

Otro punto a considerar dentro del factor de la dieta es la localización de la herida quirúrgica, la cual puede obstaculizar o dificultar la trituración, la deglución y la absorción del alimento y sus nutrientes.

De igual forma la nutricionista, Lic. Alfaro (2012, entrevista a Nutricionista, Alajuela) hace referencia a la localización de la herida al momento de la planeación de la dieta ya que ésta interfiere con la absorción de nutrientes; refiere que una mala nutrición conlleva a una lenta y complicada recuperación. Otro factor a tomar en cuenta es la accesibilidad del usuario a los productos de consumo ideales, factor económico, hábitos de alimentación, preferencia entre la variedad de alimentos, creencias religiosas, nivel de escolaridad y finalmente el diagnóstico de egreso.

La habilidad del enfermero o enfermera determinará la posibilidad de descubrir si el usuario basa su consumo diario y ocasional de alimentos en mitos, los cuales se pueden llegar a transferir de generación o bien entre conocidos o amigos.

Según Alfaro (2012) la educación en salud del paciente de egreso, esta debe ser impartida por un profesional o conocedor de la materia ya que el seguimiento debe ser redactado en el expediente y objetivo. Se espera que el usuario sea capaz de demostrar su habilidad en el tratamiento de los insumos que utilizará para la preparación de la dieta diaria; a este manejo adecuado de los alimentos se le conoce como inocuidad. De hacerse pobremente el usuario tendrá un alto riesgo de verse inmerso en una serie de complicaciones que se derivan de esta práctica.

Mediante la fusión de los estadios, el tipo y localización de la cirugía se realiza la *Dieta de Progresión*, lo que significa una introducción gradual de alimentos al tracto digestivo por distintas vías, para así permitir que el organismo cuente que un periodo razonable de tiempo para adaptarse a sus labores normales.

Gracias a estos factores se determinará el tiempo de recuperación y rehabilitación del

usuario, la cicatrización podrá ser completa y en algunos casos casi imperceptible.

## **MEDICAMENTOS**

Gracias a la amplia gama de procedimientos quirúrgicos hoy en día se cuenta con una mayor variedad de tratamientos farmacológicos alternativos para el tratamiento del paciente durante el periodo de recuperación.

Dentro de la planeación del proceso de educación en salud al paciente sometido a un procedimiento quirúrgico, la orientación sobre la variedad de medicamentos y sus efectos debe estar entre las consideraciones de mayor importancia.

Por lo general los pacientes son tratados con antibióticos antes y/o después del procedimiento, dependiendo del tipo de cirugía y si hubo alguna complicación importante.

De acuerdo con Ochoa P. (2000, *Valoración y Manejo Perioperatorio*) la finalidad del tratamiento antibiótico es la reducción segura y congruente con el costo que significa la incidencia de infecciones en las cirugías que contaminan zonas normalmente estériles, en las que podrían causar morbilidad importante.

“Los antibióticos se eligen basándose en los microorganismos que se sabe o supone participan en el proceso infeccioso postoperatorio en particular” (Ochoa P., 2000). También se considera el uso de medicamentos para tratar la sensación de náusea, el vómito, mantener una buena circulación, acelerar el proceso de cicatrización y disminuir el dolor.

En lo referente al manejo del dolor, de acuerdo con Poggi & Ibarra (2007, p. 109-115) en su artículo *Manejo del dolor Agudo Pos Quirúrgico*, la Asociación Internacional

para el Estudio del Dolor (IASP) define el dolor como: “La experiencia sensitiva y emocional desagradable asociada a una lesión real o potencial de un tejido; que incluye una serie de conductas visibles y/o audibles que pueden ser modificadas por el aprendizaje”.

Dentro de los efectos negativos relacionados con la experimentación del dolor que el usuario debe conocer está: el sufrimiento físico y emocional, interrupción del sueño, incremento en el consumo de oxígeno en algunos pacientes con enfermedades coronarias, alteración del tránsito intestinal a causa de la administración de algunos analgésicos, deterioro de la función respiratoria y el más evidente, la imposibilidad de una movilización libre. Es por ello que Ochoa P. (2000) sugiere que las visitas con motivo de evaluación sean frecuentes y simples. Es importante valorar el diagnóstico al igual que el estado de conciencia y estado físico.

El dolor, basado en un complejo de respuestas subjetivas con varias características cuantificables como intensidad, duración, calidad, impacto y significación personal; la evaluación y control dependen en parte del establecimiento de una relación positiva entre el equipo médico, el paciente y cuando sea apropiado, la familia; aquello influye de manera importante en una mejor respuesta por parte del paciente y en la cantidad de analgésicos a utilizar, así como la estancia hospitalaria. La valoración y manejo del dolor debe ser parte de los objetivos, no sólo de la visita pre anestésica sino de las actividades de enfermería.

Existen otras posibles opciones no farmacológicas para el tratamiento del dolor, que pueden ser consideradas según Ochoa P., el objetivo de estas técnicas es el de cambiar la percepción del dolor, alterar el comportamiento doloroso y proporcionar una mayor sensación de control sobre el dolor.

Finalmente se dirá que algunos de los factores inpostergables a considerar por el enfermero/a antes de iniciar la educación en salud relacionada con los medicamentos son:

- **Capacidad de memoria:** recordar los horarios en los cuales se debe tomar o administrar sus medicamentos.
- Habilidad de automedicarse las dosis prescritas por el médico.
- Condiciones del sistema circulatorio, respiratorio, digestivo y del sistema endócrino.
- Si está presente el consumo de medicamentos naturales, los cuales no requieren de prescripción médica (medicina alternativa).
- Valorar las posibilidades de retirar/recoger los medicamentos periódicamente en la farmacia por el usuario o su familiar.

## **HIGIENE POSTURAL**

El diccionario *Postura* (2012, Junio 14). *WordReference, Online Language Dictionaries*. Diccionario de la Lengua Española. Recuperado de <http://www.wordreference.com/definicion/postura> define la palabra postura como “la situación o modo en que está puesta una persona, animal o cosa. De ahí la importancia de brindar un adecuado proceso de educación en salud al usuario y su familia en el área de higiene postural, movilización o traslado del paciente”.

Varios de los movimientos que se deben realizar dentro de la rutina diaria, por parte del paciente y su familia implican la movilización en la cama o lecho, el traslado a un vehículo, de la cama a la silla de ruedas o viceversa, de una cama a otra cama y al servicio

sanitario.

De acuerdo con Guevara M. (2011, p. 4-11) la movilización consiste en una serie de ejercicios y técnicas encaminados a conseguir el restablecimiento de las funciones disminuidas a causa del procedimiento quirúrgico.

Dentro de los objetivos primordiales de la movilización del paciente podemos mencionar las siguientes:

- Evitar úlceras por decúbito.
- Prevenir contracturas musculares.
- Conservar el tono muscular y la alineación corporal.
- Ayudar al paciente a realizar actividades que no puede hacer por sí solo.
- Estimular la autonomía del paciente.

Para situar, mover o trasladar al paciente adecuadamente, no sólo basta una serie de cualidades físicas y buena voluntad, sino que es necesario realizar las técnicas de movilización corporal apropiadamente, las cuales permitirán evitar riesgos relacionados con seguridad tanto del paciente como del que lo asiste.

Cuando un paciente permanece encamado o en una postura inadecuada por largo tiempo aumenta la posibilidad de desencadenar una serie de eventos que producen el deterioro de la salud del paciente.

El usuario como el familiar deben conocer la importancia de la movilización apropiada y los horarios de la misma. Dentro de los beneficios que provienen de la aplicación correcta de las posturas está: un aumento en la circulación sanguínea, mayor

aporte nutritivo, aumento en la eliminación intestinal lo que facilita la eliminación de productos de desecho del cuerpo. También aumenta la frecuencia respiratoria y la profundidad de las respiraciones lo que favorece la oxigenación de los tejidos. Ayuda a una recuperación rápida, permite que la experiencia post quirúrgica sea menos traumática y presenta un menor número de complicaciones previas al proceso de rehabilitación en el área de terapia física.

Existen dos tipos de movilización donde se toma en cuenta el estado del paciente, la movilización activa y la pasiva.

**Activa:** son las realizadas por el paciente, en donde cuenta con la capacidad de mover todos o la mayor parte de sus músculos y articulaciones. Pueden ser realizadas con asistencia de un familiar o personal de enfermería.

**Pasiva:** Movilización realizada por un asistente o personal de salud de acuerdo con el rango de movimiento en los segmentos corporales.

**Los Rangos de Movimientos caen dentro de las siguientes clasificaciones:**

**Flexión:** Doblar una extremidad sobre una articulación.

**Extensión:** Extender o estirar una extremidad sobre una articulación.

**Abducción:** Alejamiento del plano medio (Separar).

**Aducción:** Acercar al plano medio (Juntar).

**Eversión:** Cambio de dirección hacia afuera.

**Inversión:** Cambio de dirección hacia adentro.

**Rotación:** Movimiento de giro sobre el eje.

**Circunducción:** Movimiento circular alrededor del eje del cuerpo.

**Pronación:** Giro del antebrazo que permite colocar la palma de la mano hacia atrás o hacia abajo.

**Supinación:** Giro del antebrazo que permite colocar la palma de la mano hacia adelante o hacia arriba.

### **Normas para la movilización del paciente:**

- Proporcionar una amplia base de apoyo.
- Separar los pies, uno al lado del paciente y otro al costado.
- Flexionar las piernas y usar los músculos para realizar la acción.
- Al agacharse (o en posición sentado) al movilizar al paciente mantener la espalda recta: Esto mantiene los músculos, espina dorsal y órganos alineados. Disminuye la compresión intestinal que causa hernias. Mantiene la cabeza y cuello alineados para evitar lesiones cervicales. Colocar los codos y brazos a los lados del cuerpo: Si están separados se pierde fuerza y equilibrio.

### **Pautas**

- Mover al paciente hacia el lado que el mejor pueda movilizar.
- Antes de iniciar cualquier movimiento, informarle al paciente de lo que se hará.

- Trabaje lo más cerca posible de él.
- Motive al paciente continuamente para que siga colaborando.
- Explíquelo el objetivo de cada maniobra.
- Realice cada maniobra gradualmente, evaluando el nivel de tolerancia.
- Evaluar el calzado del paciente, que éste no presente riesgo para que no se resbale o tropiece.
- Asegurarse de frenar la silla, cama, andadera o cualquier dispositivo de movimiento para evitar desplazamientos no planeados.
- Tomar todas las precauciones necesarias para asegurar al paciente durante el traslado.

En el siguiente cuadro se destacan algunas técnicas que son favorables para que el paciente las pueda realizar. **(Ver anexo # 5).**

## **2.7 IMPORTANCIA DE LA ÉTICA EN LA INVESTIGACIÓN**

Para poder analizar la problemática que se enfrenta en la práctica de la enfermería es necesario definir o bien aclarar el significado del término ética; Feito (2012) lo describe como “un sistema de toma de decisiones que preceden un acto, valorando factores como persona, jerarquías de principios, análisis de consecuencias, opciones basadas en experiencias, hábitos, aprendizaje y objetivos”, (Feito, 2012, p. 39-42, 203-204) entre otros.

Normalmente nos enfrentamos a un fenómeno donde el enfermero/a realiza los distintos quehaceres sin analizar el porqué, su forma o la intención, el cuál se basa en el automatismo

de tareas y la costumbre, dejando de lado el pensamiento crítico que debe acompañar las labores del cuidado y educación en salud. Aún así, se sabe que toda acción tiene un sentido de ser y un fundamento, esperando que este fundamento sea científico o moral.

Debido a la plataforma moral que rodea nuestras acciones debemos contar con la probabilidad de que se nos llegue a “pedir cuentas”, eso nos compromete a ser capaces de justificar dichas acciones conforme a la razón. Por su parte, la moral, se refiere a aquellos códigos que rigen las acciones concretas; se pregunta por el fundamento de la moralidad, es filosofía moral. La ética es una reflexión racional, esclarecer la razón suficiente de la moralidad es su finalidad.

Aristóteles una vez dijo que la ética es un “saber de lo práctico” según Feito (2012). “Esta permite fundamentar lo moral: elabora un discurso teórico, propio de la tarea reflexiva de la filosofía, y argumenta en un proceso de búsqueda de criterios racionales que puedan orientar las acciones morales.”

En épocas anteriores los primeros investigadores en enfermería prestaban escasa atención a la ética como tal. Se suponía que las enfermeras eran profesionales con integridad y vocación para poner los intereses de los pacientes por encima de los propios, aunque ya en esa época, los investigadores se enfrentaban a dilemas morales y a veces, utilizaban métodos que cuando se hacían públicos, se veía que habían violado los derechos humanos y posiblemente causado daños.

Durante un proceso de entrevista realizado en el servicio de Oncología del Hospital San Juan de Dios, la educadora en salud, Araya (2012) comparte el siguiente argumento en relación a la parte ética de la entrevista del paciente.

“Enfermera - me dice una compañera, diay ¿usted puede agarrar a todas de un solo y entrevistarlas?. No es lo mismo, ¿verdad?.

Yo soy una que a veces no pregunto algo si yo veo que hay gente, mucho menos gente que no conozca. Me da pena.” Araya (2012).

Se indica que, así como resulta esencial tener firmemente presente el principio fundamental de respeto hacia los individuos, también es necesario en la mayoría de los casos, prestar atención al equilibrio entre las desventajas potenciales de participar en un estudio de investigación y los posibles beneficios para los participantes. Hay dos partes principales: **a)** asuntos que requieren la atención del investigador y **b)** estrategias que pueden utilizarse para tratar estos asuntos de manera conveniente y ética.

Debido a la creciente preocupación pública en relación a que no todos los profesionales sanitarios se han comportado con total integridad, los procedimientos para asegurar la probidad moral de los programas de investigación se han vuelto cada vez más rigurosos, algunos incluso dirían pesados (Howarth y Kneafsey 2003; 2005).

Inicialmente se plantea un evento observado en el sistema de Educación en Salud el cual pone en peligro la vida del usuario, este permite contemplar un panorama general de la problemática que afecta los muchos servicios de salud a lo largo del área geográfica, como lo es Latinoamérica.

Para nadie es un secreto que hasta hace algunos años el paciente y su familia se percibían como personas vulnerables al ingresar a los centros hospitalarios. Se les pedía que dejaran atrás sus pertenencias, costumbres, se les imponían líneas de pensamiento hasta creencias con las cuales no estaban familiarizados en lo más mínimo. Esto provocaba un

alto grado de ansiedad y miedo en los usuarios, al verse perder su individualidad, autonomía y poder de decisión.

Siguiendo el hilo conductor de esta temática Alvarado (2012, entrevista a Nutricionista, Alajuela) manifiesta que “la hospitalización invade la vida privada del paciente: él tiene miedo de preguntar, de quejarse, de pedir y, en medio de toda esta situación, subyace el temor a la pérdida de la salud, a la incapacidad e inclusive a la pérdida de la vida”.

Luego de tomar estos conceptos en cuenta y analizarlos, el investigador se fundamenta en experiencias vividas en distintos escenarios, con diversos pacientes y personal de enfermería pero con un factor en común, el observar la falta de ética dentro de la atención al usuario. Algunos usuarios más vulnerables, propensos a mayores complicaciones que otros usuarios; esto debido a su nivel de escolaridad, nivel económico, salud emocional, étnica entre otros factores fuertemente influyentes.

Iniciando con el factor más básico, como lo es la entrevista inicial, la cual dará paso al descubrimiento de las necesidades esenciales para la planeación del proceso de educación en salud hasta llegar al proceso de atención individualizado y personalizado.

Lo que lleva a mencionar algunos puntos que refuerzan esta temática y para ello Los Derechos del Paciente serán aquellas serie de reglas que respaldan al usuario durante el período de atención en el área de salud. Por ejemplo, el derecho a que se otorgue atención considerada y respetuosa; también el derecho a recibir información actual y completa relacionada con el diagnóstico de su caso, tratamiento y pronóstico, esto en términos que el paciente entienda. Antes de cualquier procedimiento o tratamiento el paciente tiene derecho

a recibir de la enfermera la información necesaria para poder otorgarle su consentimiento. También tiene derecho a conocer el nombre de la persona responsable del procedimiento o tratamiento. El paciente tiene derecho a que se le respete su vida privada, las consultas, exámenes y tratamientos, son confidenciales y deben tratarse con discreción. El paciente tiene derecho a obtener información en cuanto a cualquier relación que exista entre su hospital y otra institución médica y educativa; y saber el nombre del personal que lo trata. Finalmente tiene derecho a saber con anticipación, las fechas de futuras citas clínicas, los médicos disponibles y el lugar donde se atenderá, refiere Alvarado (2012).

Como parte fundamental de la aplicación de la ética durante el proceso del cuidado de enfermería, el conocer, respetar y divulgar los derechos del paciente se convertirá en una obligación, permitiendo así el análisis de la perspectiva ética de nuestras acciones.

## **2.8 CUESTIONES QUE DEBEN TRATAR LOS INVESTIGADORES**

Respeto hacia los participantes: Este principio clave se fundamenta en la creencia de que cada individuo es importante y tiene derecho a ser tratado con respeto. Los adultos, en su mayoría, son autónomos (aunque pueden combinarse varios factores que limiten esta autonomía), por lo que poseen la habilidad mental de deliberar sobre asuntos que los afectan o tomar decisiones por sí mismos, ya sean sensatas, absurdas o caprichosas, respetar al individuo implica respetar sus decisiones.

Información suficiente para fundamentar las elecciones: Muchas de las decisiones que se toman en la vida serían erróneas si no se dispusiera de los elementos vitales relacionados con la información pertinente, o incluso si se ocultaran de manera intencionada. Una de las preocupaciones constantes de los investigadores en asistencia sanitaria es delimitar la

cantidad de información que se facilita a las personas (en especial la relativa a los riesgos improbables), para no preocuparles en exceso. No obstante, los candidatos potenciales deben recibir explicaciones claras sobre los aspectos claves de la participación y como mínimo, sobre los riesgos más importantes en cuanto a la probabilidad de que ocurran o al grado de afectación posible, para que elijan fundamentándose en esta información.

Por este motivo los investigadores sanitarios deben tener presente que la autonomía personal puede verse condicionada por razones tanto patológicas como sociales, de manera que el individuo se vuelva más vulnerable y menos autónomo.

Obtención del consentimiento: Las personas capaces de advertir lo que implica la participación también deberían ser capaces de decidir si toman parte en el estudio, por lo que es necesario que los investigadores proporcionen toda información que resulte fácil de asimilar.

“El consentimiento del participante ha de presentarse con libertad y debe ofrecerse la oportunidad de retirarlo en una fase posterior. Es más, en algunos estudios será necesario asegurar el consentimiento continuado en varias ocasiones durante un período prolongado. Sin embargo, debe observarse que un exceso de inquietud a este respecto puede generar la sensación en los participantes de que la investigación entraña más peligros de los reales, por lo que es importante establecer un equilibrio en estos casos” (Gerrish, K. & Lacey, A.,2006, p. 349-350).

Podemos decir que el objetivo primordial de un adecuado proceso de educación en salud es el dotar al usuario y su familia con toda aquella información que contribuya a su

crecimiento intelectual y técnico, conservando en todo momento los principios éticos que regulan la práctica profesional de enfermería.

Este proyecto pretende fomentar el análisis de los programas y protocolos actuales de educación, permitiendo que este proceso tome protagonismo dentro del tratamiento del paciente post operado, con la idea de identificar y cubrir las necesidades educativas del usuario y su núcleo de apoyo.

Gracias al análisis profundo de estas consideraciones, las cuales establecen la base fundamental de nuestra teoría, permitirán consolidar la importancia de una práctica del proceso de Educación en Salud adecuada.

## 2.9 MODELOS DE ENFERMERÍA

Luego de observar con detalle lo que se espera de un adecuado proceso de educación en salud, es importante fundamentar de manera científica el ¿porqué? de las acciones del personal de enfermería.

Como toda profesión, la enfermería cuenta con una serie de modelos o teorizantes (creadores); profesionales los cuales se dedicaron al estudio, observación, práctica, análisis de las acciones y la evaluación con la idea de mejorar y perfeccionar el método utilizado para llevar a cabo las labores cotidianas. Como resultado, se perfeccionaron y desarrollaron nuevas teorías, esto permitió que con el paso del tiempo el profesional de enfermería y el usuario se vieran beneficiados gracias a los múltiples cambios y mejoras.

La teoría ayuda a perfeccionar la práctica mediante la fundamentación de los conocimientos por medio de la descripción, explicación y el control de los fenómenos. También permite desarrollar habilidades analíticas, estimula el razonamiento, aclara los valores y suposiciones que se aplican, y determina los objetivos de la práctica, la educación y la investigación en el área de enfermería. Según Tomey A. M. & Alligood M. R. (1999) “la teoría provee autonomía, la cuál sirve como guía en los aspectos prácticos, educativos y de investigación asociados a sus funciones profesionales”.

Uno de los modelos de la enfermería es Hildegard E. Peplau nacida el 1 de septiembre de 1909 en Reading, Pensilvania. Graduada de Pottstown, Pensilvania, en la Escuela de Enfermería del Hospital, en 1931. En 1943 obtuvo el B.A. en psicología interpersonal en el Bennington College de Vermont. En 1947 logró la titulación M.A. en enfermería psiquiátrica en el Teachers College, Columbia, New York, y en 1953 un Ed.D.

en el desarrollo del plan de estudios por Columbia; la experiencia profesional y docente de esta modelo es amplia y diversa. Hildegard E. Peplau se dedicó a incorporar los conocimientos dentro de un marco conceptual ya existente hasta establecer una teoría basada en relaciones interpersonales, así llega a convertirse en uno de los pilares principales de esta profesión.

Peplau fundamenta su teoría en ideas de la ciencia conductual, conocido como modelo psicológico, para así darle forma a su teoría, la enfermería psicodinámica. Algunos de los elementos tomados de éste modelo fueron:

- Permite a la enfermera apartarse de una orientación centrada en la patología e incorporar la visión del significado psicológico de los hechos, conductas y sentimientos.
- Ofrece a la enfermera la oportunidad de enseñar al paciente cómo experimentar sus sensaciones y de forma conjunta descubrir cómo lidiar con ellos.

Tomando en cuenta los elementos mencionados en la actualidad, la práctica de enfermería obliga a realizar un proceso de planeación fundamentado no sólo en el diagnóstico del paciente que será intervenido quirúrgicamente, sino también tomando en cuenta señales no verbales que indican si el paciente tiene dudas, temor, ansiedad, miedo al dolor, inclusive el miedo a la muerte. Como ejemplo, cuando son sometidos a procedimientos que crean una atmósfera de vulnerabilidad y sensibilidad las cuales involucran la parte psicológica como lo son una amputación, eliminación o bien reconstrucción de miembros u órgano entre otros.

Una vez que el paciente se somete a cualquiera de estas intervenciones la enfermera

ve abierta una puerta para el desarrollo del usuario y su familia mediante la enseñanza a través del proceso de la educación en salud. Este proceso debe dar inicio desde el momento del diagnóstico hasta la fase de recuperación y rehabilitación post quirúrgica.

Peplau armoniza las teorías de Maslow, Sullivan, Miller y Symonds, cuyos fundamentos provienen de genios cuál Freud, Fromm y Paulov. Aunque en desacuerdo con el punto de vista de Freud por su poca utilidad en el área de la enfermería ésta rescata la importancia de la motivación, el conflicto y el papel de la familia en la primera infancia y descubrió la importancia del subconsciente. El método utilizado por Peplau para la construcción de su teoría es el inductivo; se dice que la inducción es un tipo de relación donde primeramente se observa las acciones aprendidas y realizadas para luego poder generalizar en base a los resultados de estas acciones.

Fundamentada en la teoría de Peplau, luego de la observación realizada durante el estudio aplicado en los servicios de cirugía del HSRA, se considera que todos aquellos usuarios que no recibieron un adecuado proceso de educación en salud al momento del egreso desconocen las técnicas necesarias para evitar o prevenir posibles complicaciones luego de un proceso quirúrgico.

El concepto que muestra Peplau definiendo la enfermería psicodinámica va relacionada directamente en la forma en la que se práctica. "La enfermería psicodinámica consiste en ser capaz de entender la propia conducta para ayudar a los demás a identificar los problemas que sienten y aplicar los principios de las relaciones humanas a las dificultades que surgen en todos los grados de la experiencia" (Tomey A. M. & Allgood M. R., 1999).

Esta teoría hace un llamado a adoptar una nueva dinámica en la forma en la se realiza las labores y procedimientos. La práctica automatizada impedirá que el cuidador sea capaz de entender la conducta que el usuario está expresando con la idea de brindarle asistencia para identificar los problemas actuales y potenciales que se darán a lo largo del periodo de convalecencia.

A través del proceso de la cirugía el enfermero como tal, cumple con variados roles a través de las etapas experimentadas por el paciente, los roles de enfermería pueden clasificarse en seis categorías los cuales ayudan a simplificar la visión de Peplau; rol del extraño, rol de la persona recurso, rol docente, rol de liderazgo, rol de sustituto y el rol de asesoramiento. En síntesis se puede decir que Peplau vio la enfermería como una herramienta para educar. Analizando cuidadosamente la definición de el ***Rol docente***. "Siempre emana de lo que el paciente conoce y...desarrolla en función de su interés y su deseo de ser capaz de utilizar... información". Ella sigue ampliando este concepto mediante la categorización de la enseñanza en dos grandes áreas: *la instructiva*, que consiste en dar información; y *la experiencia*, Tomey A. M., et al (1999) "la utilización de la experiencia del alumno como base donde se apoyan los productos del aprendizaje".

A continuación los supuestos que fundamentan el proceso de educación en salud:

- El aprendizaje de cada usuario es sustancialmente diferente de acuerdo con el enfermero que llevó a cabo el proceso de educación en salud.
- Estimular el desarrollo de la personalidad hacia la madurez es una función de enfermería y la formación en este campo.

Otro de los modelos más destacados de enfermería es Dorothea E. Orem, nacida en Baltimore, Maryland. Graduada de la Escuela de Enfermería del Providence Hospital, de Washington, D.C., a principios de 1930; y en 1939 consiguió el título en educación de enfermería de The Catholic University of America. Orem desarrolla la teoría del déficit del autocuidado luego de un periodo combinado de docencia y supervisión por medio de un estudio sobre organización y administración de los hospitales que aplicó mientras trabajaba en el Departamento de Salud del Estado de Indiana.

Durante la formación de la teoría del déficit del autocuidado, Orem, menciona el trabajo de diferentes autoras sin darles crédito directo sobre su influencia en la enfermería, entre ellas Abdellah, Henderson, Johnson, King, Levine, Orlando, Peplau, Weidenbach por mencionar algunos; también menciona autores de otras disciplinas, como Gordon Allport, René Dubos, Kurt Lewin, Magda Arnold, entre muchos otros. A grandes rasgos se puede decir que Orem calificó su visión de “moderado realismo”.

Se entiende por el autocuidado, aquellas acciones realizadas por el usuario que lo llevan a mantener la salud y prolongar el desarrollo personal para conservar su bienestar, de aquí los principales conceptos que componen el modelo de Orem, tres subteorías interrelacionadas:

- ***El autocuidado*** ¿Cómo y por qué se cuidan las personas?
- ***El déficit de autocuidado*** ¿Por qué la enfermería puede ayudar a las personas?
- ***Los sistemas de enfermería*** ¿Qué relaciones deben crearse y mantenerse para que exista la enfermería?

Para llevar a cabo la práctica del autocuidado existen algunos requisitos, estos deberán derivarse de un proceso de internalización proveniente del usuario y supervisado por la enfermera. Estas acciones se saben o se cree, son necesarias para mantener un balance y así regularizar los aspectos influyentes en el desarrollo físico e intelectual del paciente y su familia bajo circunstancias específicas. Por cada uno de estos requisitos se establece: **1)** el factor que se debe controlar u orientar para mantener el funcionamiento y desarrollo del paciente, bajo normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar personal, y **2)** la naturaleza de la acción necesaria. Estos requisitos establecen el fin del mismo y expresan las metas que se desean alcanzar.

Como personal de enfermería se debe desarrollar la habilidad de poder asistir al usuario y su familia durante el proceso de internalización o aceptación del nuevo rol que está por adquirir; normalmente el usuario pasará de la independencia a dependencia parcial o total de un proveedor de cuidados para asistirlo en su recuperación. Este proceso se debe controlar manteniendo la objetividad y fortaleciendo el desarrollo intelectual, ayudándolo a entender la naturaleza de la acción, su principio y objetivo.

Existen requisitos universales los cuales están relacionados con el autocuidado, tales son: el consumo de aire, agua y alimento suficiente; asistencia en eliminación y excrementos; equilibrio entre actividad y reposo; equilibrio entre soledad y actividad social; prevención de riesgos, funcionamiento del cuerpo y bienestar personal, funcionamiento y desarrollo; estos son los que tienen por objeto promover mecanismos que ayuden a vivir, madurar, prevenir enfermedades que perjudiquen y aliviar su efecto.

El proceso de educación en salud para el usuario y su familia se basará en las características que rodean el estado de la salud del paciente, “las enfermedades o lesiones no sólo afectan a estructuras concretas y a mecanismos fisiológicos y psicológicos, sino también al funcionamiento global del cuerpo” según Tomey A. M. & Alligood M. R. (1999). La capacidad de actuar/colaborar por parte del paciente se ve afectada seriamente por los efectos resultantes del procedimiento al igual que de su estado de ánimo, ya sea temporalmente o permanente. Los requisitos del autocuidado cuando falla la salud serán más comunes para aquellos pacientes que presentan algún tipo de trastorno o estado patológico, discapacidad, defectos congénitos, para los que existe un diagnóstico o que han iniciado un tratamiento médico.

El personal de enfermería cuenta con variados métodos de ayuda dentro del proceso de educación en salud para crear una sucesión de acciones que lleven a la recuperación y bienestar del paciente, mediante una precisa selección y combinación de los mismos. Al demostrarse correctamente, resuelven o compensan las limitantes que posee la persona en ese momento.

- Actuar por otros.
- Orientar y dirigir.
- Ofrecer apoyo físico y psicológico.
- Proporcionar y mantener un entorno que favorezca el desarrollo personal.
- Enseñar.

Finalmente cuando las capacidades de una persona son inadecuadas o insuficientes para satisfacer las necesidades de autocuidado, la enfermera debe diseñar, enseñar y aplicar un sistema de educación en salud que ayude a compensar las limitaciones observadas en el paciente y su familia. Esta teoría comprende el autocuidado y el déficit del mismo por eso es importante resaltar que es imperativa la práctica de un adecuado proceso de educación en salud para el paciente de egreso, que surja de la suma de la experiencia del personal profesional como de las vivencias del paciente.

## - VOCABULARIO

**Teoría:** Una teoría es un "conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de un fenómeno, mediante el diseño de las interrelaciones específicas entre los conceptos y con el ánimo de describir, explicar y predecir dicho fenómeno.

**Fenómeno:** es "todo acontecimiento o hecho que se percibe directamente a través de los sentidos", "lo que existe en el mundo real".

**Investigación:** "La investigación es la aplicación de métodos sistemáticos para obtener conocimientos válidos y fiables acerca de una realidad empírica." La investigación genera la teoría a través de un enfoque inductivo y la analiza mediante un enfoque deductivo.

**Auto cuidado:** El auto cuidado es la práctica de actividades que las personas jóvenes y maduras emprenden con arreglo a su situación temporal y por su propia cuenta con el fin de seguir viviendo, mantener la salud, prolongar el desarrollo personal y conservar su bienestar.

**Capacidad de autocuidado:** Compleja capacidad adquirida por las personas para conocer y satisfacer de forma continua sus necesidades para regular su funcionamiento y desarrollo individual.

**Déficit de autocuidado:** Relación entre la demanda del autocuidado terapéutico y la actividad autoasistencial, dentro de la actividad no sirve o no resulta adecuada para satisfacer la demanda existente o potencial.

# CAPÍTULO III

### 3.1 MARCO METODOLÓGICO

Definir la investigación es una tarea usualmente compleja, metódica y difícil debido a la responsabilidad que implica el alto grado de veracidad y confiabilidad que se espera del proceso. Gracias a las diversas perspectivas y filosofías que fundamentan la metodología a ser utilizada, se logra llegar a conceptualizar el método, población y muestra que da vida a esta investigación.

Dentro de los criterios utilizados para evaluar la veracidad del estudio, Gerrish, K. & Lacey, A. (2006) menciona que:

**Credibilidad** – Ajuste entre los puntos de vista del participante y la representación que el investigador hace de ellos.

**Transferibilidad** – Hace referencia a una descripción apropiada para evaluar similitudes con otras situaciones para que los resultados se puedan transferir.

**Dependencia** – Hace referencia a la transparencia del proceso de investigación y justificación de las decisiones.

**Confirmabilidad** – Establece que los datos, descubiertos e interpretaciones están claramente vinculados.

Aunque se cuenta con un amplio abanico de posibles términos, conceptos y principios para describir de manera precisa el proceso, esta investigación se limitará a ser desarrollada dentro de un marco técnico que ayude a comprender de forma simple la temática metodológica. Es como si se estuviera preparando una receta para cocinar un plato, donde los nombres de los ingredientes y técnicas fueran desconocidos y diferentes.

Otra característica del proceso es el poder mantener la objetividad en todo momento, pero aún así conservar un enfoque cualitativo.

Roach (2004) declara dentro de su estudio de “*Sexual behaviour of nursing home residents: staff perceptions and responses*”, que luego del surgimiento de la categoría central que da paso al desarrollo del concepto de protección, esto estableció un marco para ilustrar las distintas maneras en que se facilitaba u obstaculizaba la expresión de dudas e inconformidad por parte del paciente del servicio de cirugía.

### **3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Este estudio de teoría fundamentada examinará el nivel de educación en salud recibida por los usuarios de los servicios de cirugía al egresar del Hospital San Rafael de Alajuela.

**Según el carácter de la medida**, esta investigación está orientada a ser cualitativa, de acuerdo a Barrantes (2010) “por que estudia especialmente, los significados de las acciones humanas y de la vida social. Utiliza la metodología interpretativa (etnografía, fenomenología, interaccionismo simbólico, etc). Su interés se centra en el descubrimiento del conocimiento”. De igual manera Hernández, Fernández y Baptista (2003) lo definen como “un estudio que sin dimensión numérica recolecta datos y de esta forma descubrir y afinar preguntas dentro de la investigación. De esta forma se asume que es la mejor forma de definir y analizar la información obtenida”.

**De acuerdo a la dimensión temporal**, es descriptiva, porque según Barrantes (2007) “estudia los fenómenos tal y como aparecen en el presente” (el nivel de educación en salud que poseen los usuarios de los servicios de cirugía) en el momento de realizar la

investigación, con el objetivo de describir lo obtenido y observado (diagnósticos, estudios de casos, correlaciones, etc). Los cuales serán obtenidos mediante la contestación del instrumento formulado para dicho estudio, en el periodo determinado anteriormente.

**Según el alcance temporal**, es un estudio transversal **sincrónico**, es un estudio transversal, porque estudia aspectos de desarrollo de los sujetos en un momento dado. Es durante la fase de egreso que el usuario procedente de cirugía se ve en la necesidad de contar con todas aquellas herramientas para enfrentar la jornada de regreso a la cotidianidad. Donde el proceso de evaluación refiere a los meses de octubre 2011 – enero 2012.

Se puede decir que el fin de toda investigación es llegar a brindar un aporte a la teoría; de igual manera, esta investigación también pretende promover procesos de mejora mediante un elevado nivel de calidad que contribuya con la solución a una problemática existente y palpable. **Según la finalidad**, nos orienta hacia una investigación aplicada, porque su finalidad es la solución de problemas prácticos para transformar las condiciones de un hecho que preocupa. El propósito fundamental no es aportar exclusivamente al conocimiento teórico de acuerdo con Barrantes (2010, p. 64-68).

**Según la orientación que asume**, está orientada hacia la explicación, porque busca dar respuestas a problemas concretos para la toma de decisiones, ya sea para cambiar o mejorar la práctica (investigación acción, investigación *in situ*). Dentro de la preparación para brindar un adecuado proceso de educación en salud, se deberá considerar todos aquellos aspectos internos como externos, directamente influyentes al usuario con la idea de poder brindar una solución válida.

### **3.1.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO**

Según Gerrish, K. & Lacey, A. (2006) “Es un subconjunto de la población de referencia del que se adquiere la muestra”. La población de análisis seleccionada para esta investigación son los usuarios de egreso de los Servicios de Cirugía del Hospital San Rafael de Alajuela (HSRA). La delimitante, usuarios intervenidos quirúrgicamente en el período de Octubre 2011 a Enero 2012.

### **3.1.3 MUESTREO INTENCIONAL**

Dicho estudio tomó como muestra, de manera intencional, a pacientes que cuentan con ciertas características en común dentro de las cuales podemos mencionar:

- Usuarios de los Servicios de Cirugía del HSRA
- Usuarios intervenidos quirúrgicamente en el mismo periodo de tiempo.
- Usuarios con egreso indicado por su médico dentro del periodo de estudio.
- Participantes que aceptaron participar de forma voluntaria.
- Usuarios, los cuales se les brindó algún tipo de educación en salud a la hora de su egreso por el personal de enfermería.
- El alto riesgo de volver a ser intervenido o corren riesgo debido a un pobre proceso de educación en salud.

### 3.1.4 MUESTRA

Es un aspecto necesario de toda investigación, ya que resulta casi imposible llegar a realizar un estudio que incluya absolutamente toda la población. Los investigadores continúan en la búsqueda constante de nuevas técnicas que permitan mantener la veracidad del estudio dentro de mayores límites, recursos y viabilidad. El muestreo reduce el costo y tiempo de la investigación, permitiendo así observar y analizar los resultados arrojados. De acuerdo con las muestras de orientación hacia la investigación cualitativa, se considera *Muestra por Conveniencia*, refiriéndose a aquellos casos que simplemente son los que se tienen a disposición, según Hernández, S. R., Fernández-Collado C. & Batista, L. P. (2006).

Dentro de los tipos de muestreo básicos se menciona el probabilístico y no probabilístico. Al ser esta investigación según el carácter de la medida, cualitativa, el modelo no probabilístico es el más indicado ya que permite el muestreo teórico donde “se utiliza para estudiar la población de interés y para asegurarse de que la investigación descubre ricas fuentes de datos que generan un acuerdo conceptual y teórico en profundidad. (Gerrish, K. & Lacey, A., 2006)” En este caso el nivel de educación en salud al momento del egreso de los pacientes de los servicios de cirugía.

En este estudio se toma como muestra a los usuarios de egreso de los servicios de cirugía del HSRA.

Durante este periodo (octubre 2011–enero 2012) el total de cirugías incluidas en la investigación fue de: 241.

Cirugía de Hombres:	62
Cirugía de Mujeres:	66
Cirugía Ambulatoria:	55
Ortopedia:	44
No responde:	14

### 3.1.5 RECOLECCIÓN DE DATOS

Según Gerrish, K. & Lacey, A. (2006) “La recogida y o generación de datos depende de la utilización de enfoques que se adapten al contexto social en que se producen los datos.”

**Lugar de estudio:** Hospital San Rafael de Alajuela

Debido al tema a ser tratado durante esta investigación se opta por la búsqueda de un espacio físico que cuente con la población adecuada. Por ello se procede a seguir los pasos debidos para obtener el permiso por parte del Comité de Bioética del HSRA. (**Ver carta # 2 y carta # 3**). Las siguientes visitas se realizaron con un modo investigativo, de observación y de entrevista para adquirir información complementaria como la historia de la institución, seguimiento del protocolo de educación en salud, observación del proceso de educación en salud al paciente de egreso, información estadística sobre los procedimientos quirúrgicos.

Los datos fueron recogidos a partir de encuestas realizadas a usuarios voluntarios (n=241) y entrevistas a informantes reclutados en el mismo centro hospitalario (n=1),

Hospital San Rafael de Alajuela y en el Hospital San Juan de Dios, San José (n=3) a manera de análisis comparativo.

### **Biblioteca:**

La biblioteca fue plataforma para la recolección de información para la investigación, centro de reunión y centro de trabajo. Las bibliotecas visitadas fueron:

- Biblioteca Pública de Alajuela
- Biblioteca de la Universidad Adventista de Centro América

### **Instituciones:**

El aporte de las diversas instituciones es de gran importancia para la obtención de material y datos claves. Entre las cuales podemos mencionar:

- Hospital San Juan de Dios (departamento Supervisión de Enfermería de Cirugía).
- Asociación Pro Ayuda al Minusválido de Alfaro Ruíz. (departamento de Terapia Física).

### **Internet:**

Gracias a la amplia gama de tecnología con la que se cuenta hoy en día, la consulta de diversas fuentes electrónicas facilitó el aporte de información, tanto de otros centros hospitalarios, como artículos científicos del más alto nivel teórico internacional.

## **Entrevistas y Observaciones:**

Conocer los distintos puntos de vista relacionados con el tema es uno de las propuestas más importantes de la investigación. Por ello, se contó con la participación de una amplia lista de profesionales en las diversas áreas durante las entrevistas. Las preguntas fueron pre-elegidas, revisadas por un profesional en periodismo, de tipo abierto, directo, con la intención de crear un ambiente ameno que facilitará la obtención de información válida para dicho estudio.

Gracias a la colaboración desinteresada de los guardianes de las distintas fuentes de información se logró ampliar los conceptos e ideas relacionados con el tema.

La herramienta de la observación dentro de la investigación brinda varios beneficios; en base a la teoría, ésta proporciona información de primera mano acerca del comportamiento, acontecimientos y ambiente que rodea el estudio. Los observadores pueden tomar el papel de meros observadores o bien como participantes del estudio. El proceso de observación se subdivide en dos amplias categorías, observación participante y la observación no participante. No se debe olvidar que dentro del estudio cualitativo la observación participante suele emplearse como herramienta prioritaria.

Como observadores se debe estar consciente de la influencia que se puede tener sobre aquellos que participan en la investigación. Se espera que se obtenga la mayor cantidad de información con la menor cantidad de interrupciones posibles. Aún así se espera conservar total claridad de lo observado en la transcripción y aún así mantener la veracidad y confidencialidad de la información de los participantes. La reflexividad debe ser un proceso donde los datos que se observaron sean un reflejo del comportamiento de los

usuarios, que fueron objeto del estudio. Es aquí donde la reflexividad toma un papel protagónico en el arte de la observación, Schwandt (1997) define el proceso como “el proceso de autorreflexión crítica sobre los propios sesgos, preferencias y predisposiciones teóricas”

La reflexividad debe demostrar un reflejo del comportamiento, los sucesos o actividades de los participantes del estudio, y a la vez reconocer el punto de vista del investigador y cómo éste pudiese haber afectado los resultados, según Gerrish, K. & Lacey, A. (2006). Las observaciones de esta investigación fueron de carácter participativas y otras no participativas con la idea de no interrumpir el proceso normal. Con esto en mente se logró observar el proceso de educación en salud del Hospital San Juan de Dios, durante las entrevistas peri operatorias del servicio de oncología; al igual que se observó el proceso de educación en salud a los pacientes de egreso de las cirugías del Hospital San Rafael de Alajuela. **(Ver anexo #1).**

### **3.1.6 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para llevar a cabo esta investigación se optó por realizar una encuesta con el propósito de recolectar la información necesaria para estructurar la teoría. De acuerdo con Gerrish, K. & Lacey, A. (2006) algunos de los puntos tomados en cuenta fueron:

- Al ser descriptiva tiene como objetivo describir lo que existe.
- Incluye una dimensión temporal, (retrospectiva – pasado, prospectiva - futuro).

- Por la naturaleza de los datos puede enfocarse de diferentes maneras en función de la investigación.
- Existen distintos programas informáticos que son útiles en el proceso práctico.

El instrumento utilizado se diseñó de la siguiente forma:

- Explicación.
- Instrucción y datos personales.
- Conocimiento de cuidados de educación en salud.

Las preguntas fueron cerradas, opción múltiple y complete. **(Ver anexo # 2).**

De esta manera se puede observar de cerca la descripción detallada de la metodología utilizada en esta investigación, este capítulo pretende mostrar un panorama más claro para el lector y así favorecer su proceso de análisis y entendimiento de los casos estudiados. Los resultados obtenidos están enfocados a brindar información objetiva de la realidad vivida por los usuarios de los distintos servicios de cirugía del Hospital San Rafael de Alajuela; al mismo tiempo se espera que estos resultados se conviertan en la iniciativa para fomentar un cambio significativo dentro del protocolo de educación en salud de los pacientes de egreso.

### 3.2 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre
Elaboración y aprobación del anteproyecto	█														
Recolección de información, primer capítulo		█	█												
Recolección de información y entrevistas, segundo capítulo			█	█					█	█	█	█			
Busqueda de mayor sustento teórico											█	█			
Elaboración del tercer capítulo				█	█	█	█	█			█	█			
Análisis de resultados, cuarto capítulo								█	█						
Observación y transcripción de notas de campo													█		
Recolección de información y elaboración del quinto capítulo															
Creación y desarrollo del proyecto de mejora										█					
Modelos de Enfermería													█		
Presentación del 100% de la tesis													█	█	█
Defensa															█

# CAPÍTULO IV

## 4.1 ÍNDICE DE CUADROS Y ANÁLISIS DE DATOS

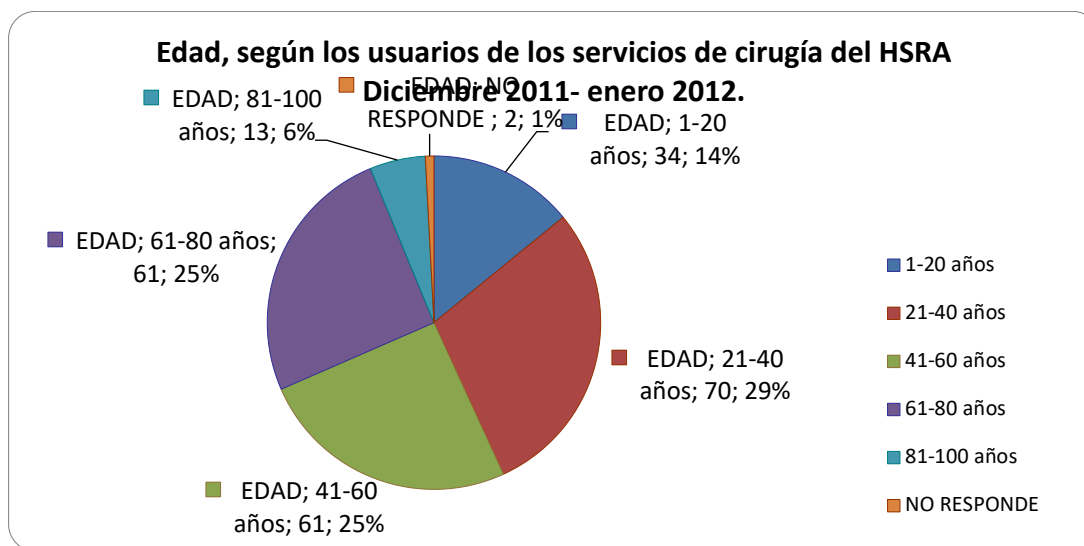
Cuadro A

Edad, según los usuarios de los servicios de cirugía del HSRA  
 Octubre 2011 - enero 2012  
 (Valor absoluto y relativo)

Edad	Valor absoluto	Valor relativo
1-20	34	14.1
21-40	70	29
41-60	61	25.3
61-80	61	25.3
81-100	1	5.4
No responde	2	0.8
<b>Total</b>	<b>241</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario aplicado

Gráfico A



Fuente: Cuadro A

Nota: 1-20, 21-40, 41-60, 61-80, 81-100 = rango que representa las edades. HSRA = Hospital San Rafael de Alajuela.

**Análisis:** De acuerdo con los resultados observados se puede notar que el 50% del total de los usuarios encuestados, se dividen en partes iguales entre aquellas poblaciones que se registran en la agrupación entre los cuarenta y un años, y los sesenta. De igual forma aquellos entre sesenta y un años, y los ochenta. El otro 50% de los encuestados refleja que el porcentaje más alto recae sobre los usuarios entre los veintiuno y los cuarenta años de edad, convirtiéndose en la mayor población que hace uso de estos servicios de cirugía.

Pero lo impactante es que un 54 % de la muestra que participó en esta investigación se encuentran dentro de una agrupación que se puede catalogar como la clase trabajadora, profesional, educada, un grupo joven y por consiguiente sano, el censo 2011 se refiere a esta población como:

Censo (2011) debe destacarse que la población de edades intermedias entre 15 y 64 años, continúa en aumento; situación que se considera potencialmente favorable para la sostenibilidad económica y social del resto de la población del país, en tanto se interpreta como un menor peso o dependencia sobre la población en edad económicamente productiva, posibilitando la mayor transferencia de recursos públicos y privados hacia la población de edades más bajas y altas, lo que se denomina bono demográfico.

Gracias a que esta agrupación de usuarios está en crecimiento, este bono demográfico se transfiere, por medio de los servicios de salud, tanto públicos como privados. Donde los costos de atención por parte de la C.C.S.S. recaen sobre la clase productiva, sus aportes voluntarios y sobre los patronos de los mismos usuarios.

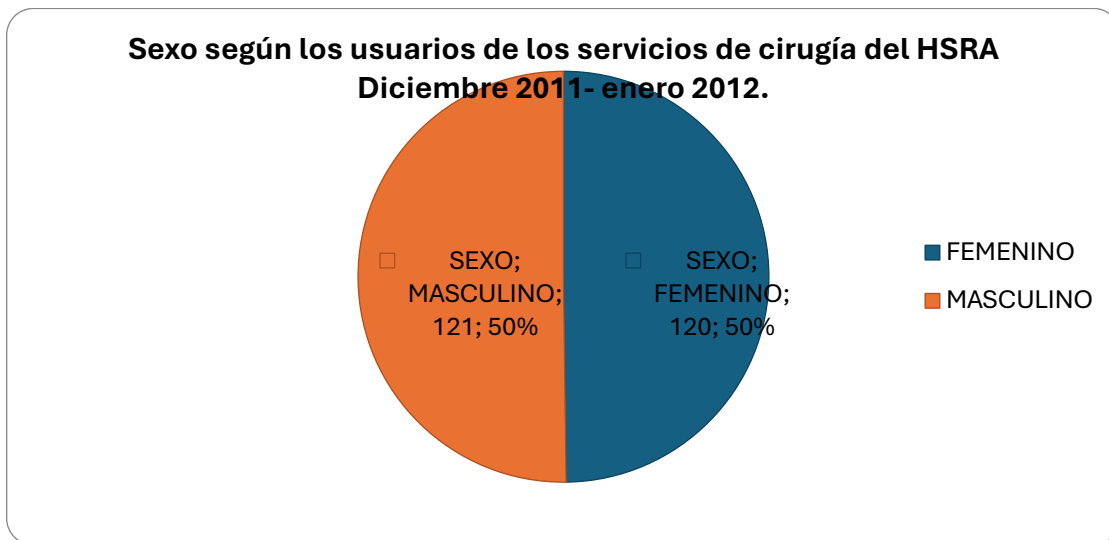
### Cuadro B

Sexo, según los usuarios de los servicios de cirugía del HSRA  
Octubre 2011 - enero 2012  
(Valor absoluto y relativo)

Sexo	Valor absoluto	Valor relativo
Femenino	120	49.8
Masculino	121	50.2
Total	241	100

Fuente: Cuestionario aplicado

### Gráfico B



Fuente: Cuadro B

Nota: HSRA = Hospital San Rafael de Alajuela.

**Análisis:** De acuerdo al cuadro y gráfico B se percibe que al 49.8% de los encuestados son damas, mientras que un 50.2% son varones.

Según los resultados del censo 2011, es claro que la población total de Costarricenses es de 4.301,712 pobladores, de los cuales 2.106,063 son hombres y 2.195,649 son mujeres.

De acuerdo con los resultados que arrojó el estudio realizado, en el gráfico se observa que la misma cantidad de hombres como de mujeres fueron egresados de los distintos servicios de cirugía.

Se considera que las desventajas y prejuicios de los sexos pasaron a otro plano, reconociendo que siempre existirán enfermedades propias de cada sexo y que cada individuo tiene la responsabilidad, el reto y compromiso de mantenerse saludables por su propio bienestar, el de su familia y la comunidad.

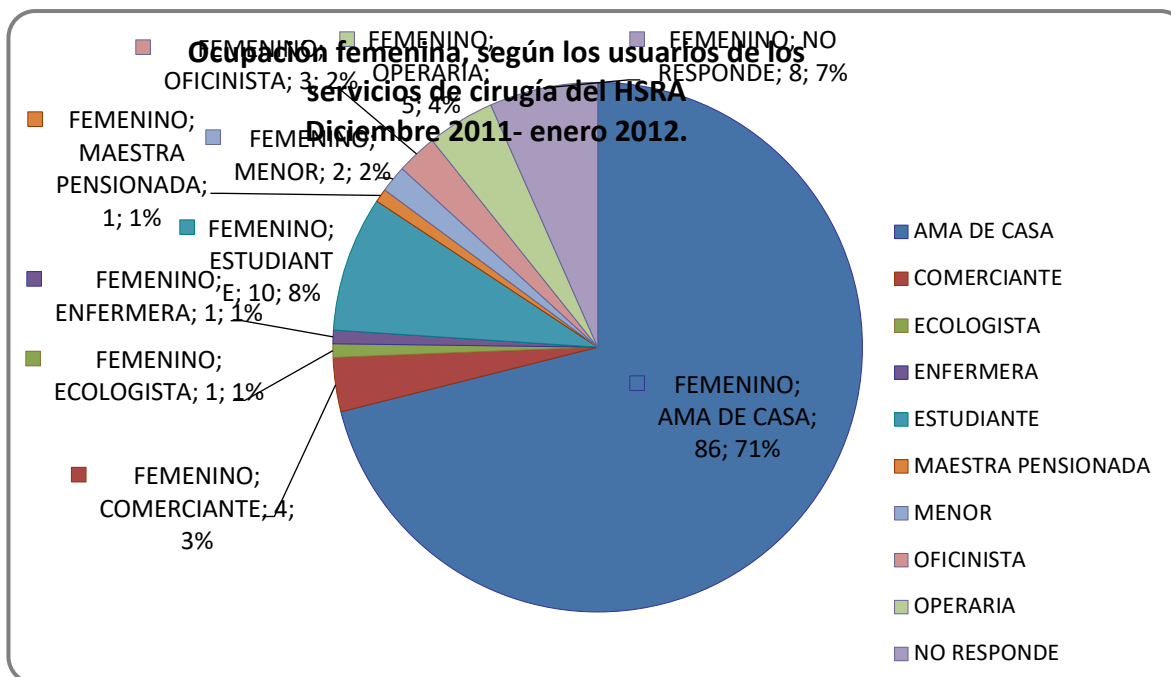
### Cuadro C1

**Ocupación Femenina, según los usuarios de los servicios de cirugía del HSRA  
Octubre 2011 - enero 2012  
(Valor absoluto y relativo)**

<b>Femenino</b>	<b>Absoluto</b>	<b>Relativo %</b>
<b>Ama de casa</b>	86	71
<b>Comerciante</b>	4	3.3
<b>Ecologista</b>	1	0.83
<b>Enfermera</b>	1	0.83
<b>Estudiante</b>	10	8.26
<b>Maestra pensionada</b>	1	0.83
<b>Menor</b>	2	1.65
<b>Oficinista</b>	3	2.5
<b>Operaria</b>	5	4.13
<b>No responde</b>	8	6.61
<b>Subtotal</b>	121	99.98%
<b>Total</b>	241	100%

**Fuente: Cuestionario aplicado**

Gráfico C1



Fuente: Cuadro C1

Nota: HSRA = Hospital San Rafael de Alajuela.

**Análisis:** En conformidad con el cuadro C1 se comprueba que la mayoría de las mujeres encuestadas en el servicio de cirugía ambulatoria y cirugía de mujeres se dedican a la administración del hogar, esto reflejado en un 71%. Seguido por un 10% reflejado en aquellas mujeres que se dedican al estudio académico y un 4% en las mujeres que trabajan en empresas como operarias. Como consecuencia de este periodo de internamiento y/o intervención quirúrgica, los integrantes del círculo familiar podrían ver su rol habitual alterado al adquirir responsabilidad directa sobre las tareas que en su momento fueron realizadas o administradas por la persona ahora convalesciente.

## Cuadro C2

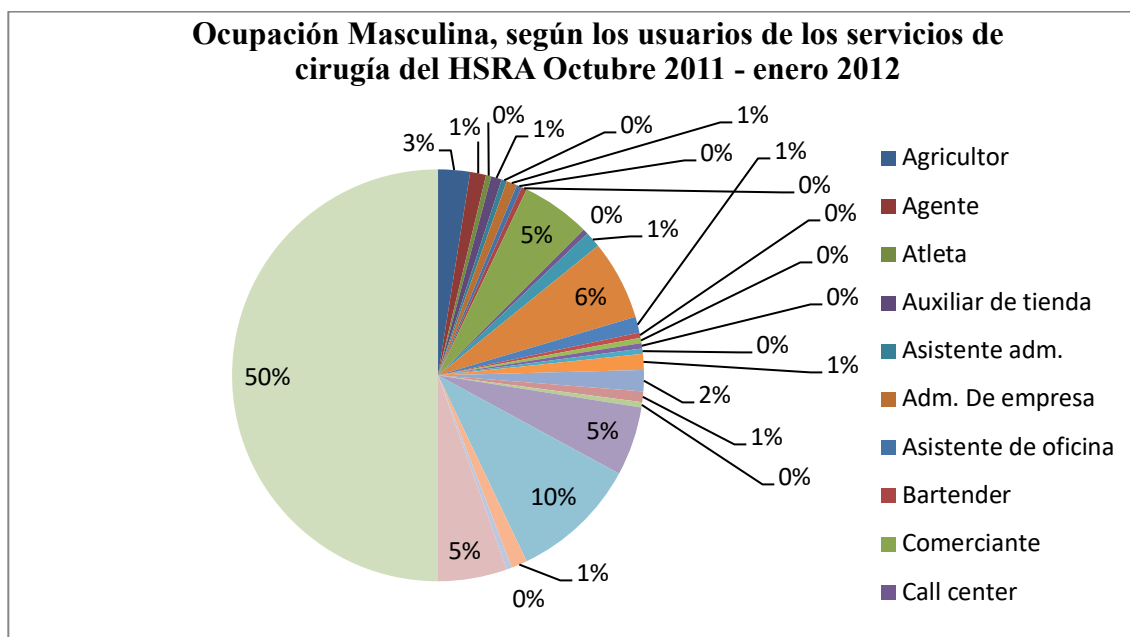
Ocupación Masculina, según los usuarios de los servicios de cirugía del HSRA  
Octubre 2011 - enero 2012  
(Valor absoluto y relativo)

Masculino	Absoluto	Relativo %
<b>Agricultor</b>	6	5
<b>Agente</b>	3	2.5
<b>Atleta</b>	1	0.8
<b>Auxiliar de tienda</b>	2	1.7
<b>Asistente adm.</b>	1	0.8
<b>Adm. De empresa</b>	2	1.7
<b>Asistente de oficina</b>	1	0.8
<b>Bartender</b>	1	0.8
<b>Comerciante</b>	13	10.8
<b>Call center</b>	1	0.8
<b>Constructor</b>	3	2.5
<b>Estudiante</b>	15	12.5
<b>Ebanista</b>	3	2.5
<b>Empleado bancario</b>	1	0.8
<b>Forestal</b>	1	0.8
<b>Guía turístico</b>	1	0.8
<b>Ingeniero</b>	1	0.8
<b>Jardinero</b>	3	2.5
<b>Mecánico</b>	4	3.3
<b>Mensajero</b>	2	1.7

<b>Menor</b>	1	0.8
<b>Operario</b>	13	10.8
<b>Pensionado</b>	24	20
<b>Peon</b>	3	2.5
<b>Pintor</b>	1	0.8
<b>No responde</b>	13	10.8
<b>Subtotal</b>	120	99.60%
<b>Total</b>	241	100%

Fuente: Cuestionario aplicado

Gráfico C2



Fuente: Cuadro C2

Nota: HSRA = Hospital San Rafael de Alajuela.

**Análisis:** De acuerdo con los resultados recabados el 20% de los usuarios masculinos encuestados son pensionados. Seguido de un 12.5% representa aquellos pacientes que se dedican al estudio académico. El 10.8% refleja el número de aquellos usuarios que laboran

como operarios en empresas, y un 10.8 % se dedican al comercio, la agrupación que se dedica a la agricultura se refleja a través del 5%. Como resultado del proceso de internamiento los usuarios que se dedican a estudiar podrían ver sus horarios de asistencia interrumpidos de igual manera que sus periodos de pruebas o exámenes.

Aquellas familias dependientes de las cabezas de hogar que han enfrentado el proceso quirúrgico podrían llegar a considerar otras fuentes económicas de ingreso, al desconocer el periodo de tiempo de recuperación que deberán de convalecer, tanto los operarios como los que se dedican a la agricultura. Por otro lado aquellos pacientes pensionados podrían enfrentar este proceso gozando de los beneficios de sus pensiones y derechos correspondientes.

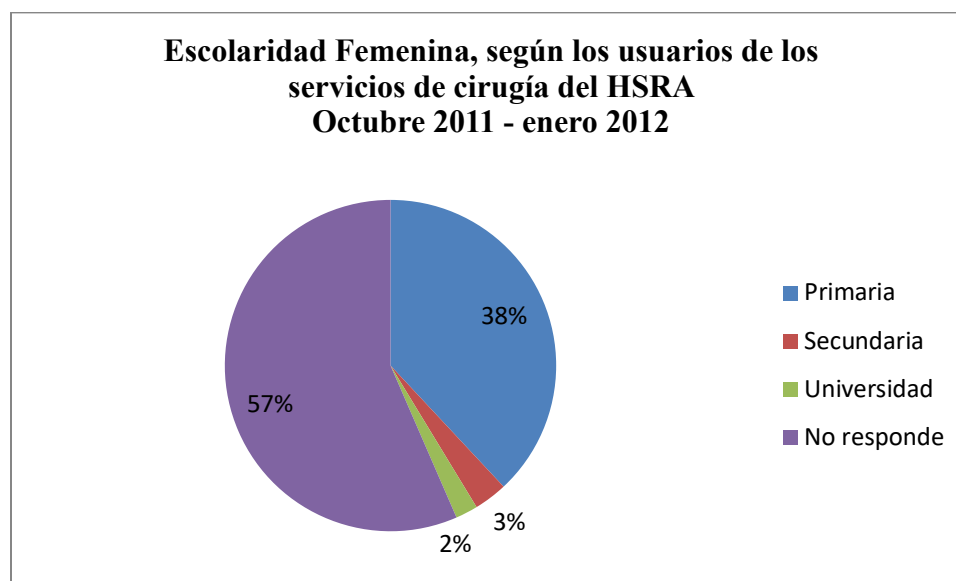
### Cuadro D

#### Escolaridad Femenina, según los usuarios de los servicios de cirugía del HSRA Octubre 2011 - enero 2012 (Valor absoluto y relativo)

FEMENINO	COMPLETA	INCOMPLETA
Primaria	35	25
Secundaria	3	3
Universidad	2	1
No responde	52	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>92</b>	<b>29</b>
<b>TOTAL</b>	<b>241</b>	

Fuente: Cuestionario aplicado

### Gráfico D-A



Fuente: Cuadro D-A

Nota: HSRA = Hospital San Rafael de Alajuela.

**Análisis:** De acuerdo al cuadro y gráfico D-A se observa que el 38% de la población femenina encuestada completó el nivel de primaria, mientras que solo un 3% completó los

estudios a nivel de secundaria, y el 2% obtuvo un grado universitario. La mayoría de las encuestadas no cursaron estudios escolares, que se ve reflejado en el 57%.

La mayoría de las damas que participaron en el estudio se abstuvieron de responder el ítem relacionado con su nivel de escolaridad. La segunda agrupación más importante la conforma aquellas mujeres que únicamente completaron la escuela primaria, superando así a la cantidad de hombres dentro de la misma categoría. Por causa de esta condición de educación muchas de ellas se ven limitadas para comprender con mayor destreza todo lo relacionado con su padecimiento y tratamiento, comparado con aquellas que terminaron el grado universitario.

Esta condición repercute directamente sobre el nivel de educación en salud que se le deberá impartir a cada una de ellas, ya sea por su grado intelectual como su grado de comprensión y lectura; habilidad de escribir y de leer. Considerando el trasfondo cultural que rodea al usuario, con esto se refiere a la probabilidad que proviene de un limitado status económico, motivación interna al igual que externa.

Dentro del área de la escolaridad existen factores que repercuten en la posibilidad de obtener un mayor grado académico, conceptos como educables versus adiestrables, esto en el caso de las personas analfabetas, según la Lic. Mena (2012). Ella sugiere que se considere dentro de las variadas opciones el seguir un *lenguaje icónico universal* o bien que se adapte a las necesidades del usuario, simples y claras. La información deberá venir en un tamaño mínimo de 8x11 centímetros, como mínimo; nítido, lo más cercano a la realidad, concreto, evitando la saturación. También sugiere la posibilidad de proporcionar la

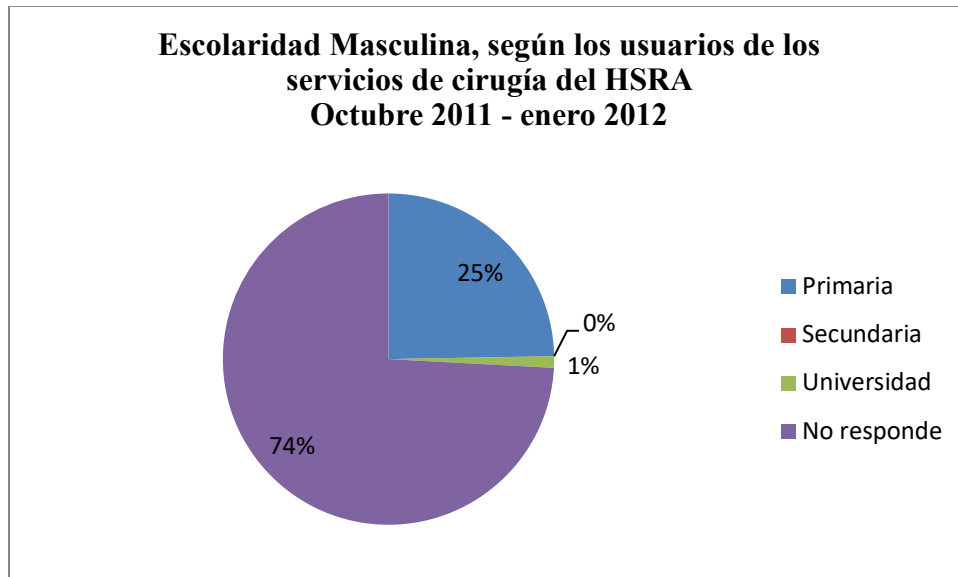
posibilidad de un *lenguaje significativo*, esto quiere decir que se utilizarán aquellas marcas e imágenes con las que el usuario se sienta más familiarizado.

**Escolaridad Masculina, según los usuarios de los servicios de cirugía del HSRA  
 Octubre 2011 - enero 2012  
 (Valor absoluto y relativo)**

<b>MASCULINO</b>	<b>COMPLETA</b>	<b>INCOMPLETA</b>
Primaria	22	27
Secundaria	0	3
Universidad	1	1
No responde	66	
	<b>89</b>	<b>31</b>
	<b>120</b>	

**Fuente: Cuestionario aplicado**

**Gráfico D-B**



**Fuente: Cuadro D-B**

Nota: HSRA = Hospital San Rafael de Alajuela.

**Análisis:** De acuerdo al cuadro y gráfico D-B se observa que el 25% de los encuestados terminó el nivel de primaria. El 1% de los encuestados curso el nivel de secundaria, mientras que ninguno obtuvo el grado universitario. El 74% de los encuestados no responde a este inciso.

Sería imposible pasar por alto el grupo de usuarios que eligieron no responder a esta pregunta. Esta respuesta por parte de los caballeros arroja una serie de dudas, las cuales por emitir juicios de valor no pueden expresarse en este análisis. Aún así se puede concluir que la mayoría de los hombres que participaron en la encuesta son cabeza de hogar, por ende ellos esperan que el proceso de recuperación sea rápido y efectivo. De igual forma, durante la observación se logró notar que algunos de los usuarios y sus familiares eran analfabetos. De acuerdo con la Lic. Mena (2012), cuando se habla de analfabetismo desde un punto de vista masculino, se pudiera considerar dos puntos de vista, la posibilidad de un enfoque machista y la opción de considerar la edad como un obstáculo; también se pudiera contemplar la posibilidad de una discapacidad de retardo mental. Luego de considerar estas posibles observaciones, se planteará la oportunidad de promover el desarrollo de otras habilidades para así favorecer el proceso de recuperación.

El grupo que le sigue en importancia es aquel que terminó la Escuela Primaria con un 25%. Un sólo hombre cursó la secundaria y por ende terminando así sus estudios universitarios. Entre las repercusiones se puede mencionar que en este estudio se encuentran, la clase trabajadora y lo más probable es que estos hombres sean cabeza de hogar. Por ende ellos esperan contar con un proceso de recuperación rápido y efectivo.

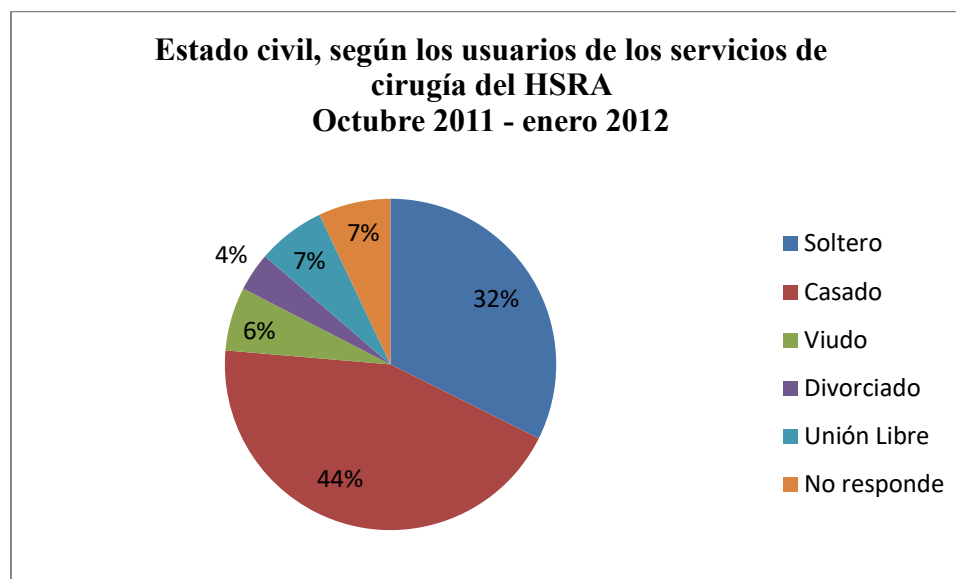
### Cuadro E

Estado civil, según los usuarios de los servicios de cirugía del HSRA  
Octubre 2011 - enero 2012  
(Valor absoluto y relativo)

Estado Civil	Valor absoluto	Valor relativo
Soltero	78	32.4
Casado	106	44
Viudo	15	6.2
Divorciado	9	3.7
Unión Libre	16	6.6
No responde	17	7
<b>Total</b>	<b>241</b>	<b>99.90</b>

Fuente: Cuestionario aplicado

### Gráfico E



Fuente: Cuadro E

Nota: HSRA = Hospital San Rafael de Alajuela.

**Análisis:** De acuerdo al cuadro y gráfico E se percibe que al 32.4% de los encuestados son solteros, mientras que un 44% refieren ser casados, el 6.2% son viudos, el 3.7% son divorciados, el 6.6% viven en unión libre y el 7% no responde.

De acuerdo con la información presente en el gráfico E se observa que la agrupación con mayor número de usuarios son aquellos donde ellos tienen una relación formal, catalogada por la ley como un matrimonio.

Esta condición permite pensar que uno de los cónyuges queda, naturalmente, obligado a asumir las obligaciones del otro, si se trata de la mujer desde labores cotidianas como la elaboración de alimentos y labores del hogar se considera esta reflexión pertinente pensando en la sociedad machista en la que se vive y si se considera al caballero en proceso de recuperación de una cirugía se razona que la dama debe ayudar a resolver la parte económica para el resto de la familia. Sin embargo, es necesario aclarar en este tema que en la sociedad costarricense existen hombres y mujeres totalmente comprometidos con sus parejas y familias, de manera que el proceso de la enfermedad de alguno de los dos lo llevan de la mano sin significar esto una gran carga para el otro.

El grupo de los solteros es el segundo con mayor porcentaje; entre las repercusiones que éste acarrea se considera, que durante el periodo de convalecencia el usuario deberá rodearse de un sistema de apoyo, soporte emocional y de ser necesario económico.

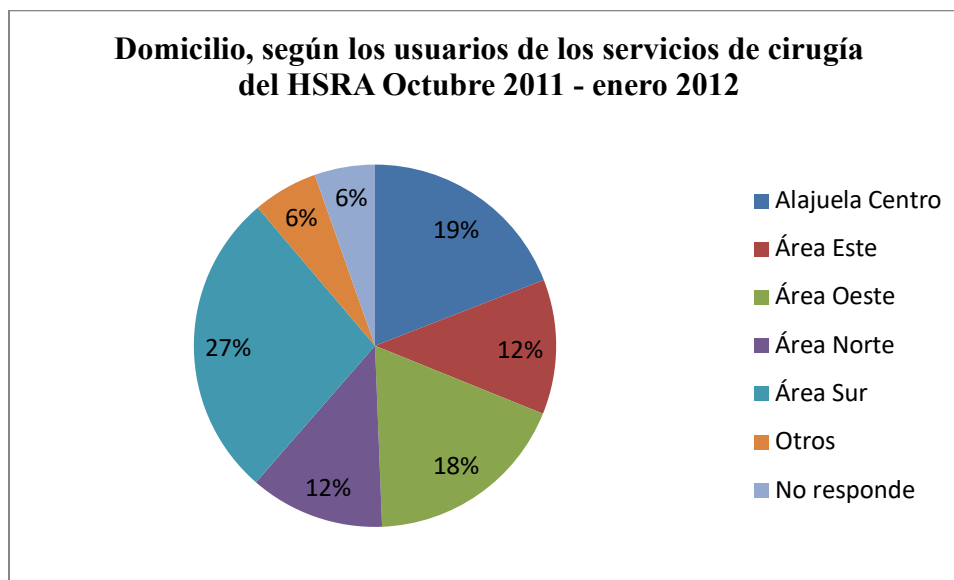
### Cuadro F

**Domicilio, según los usuarios de los servicios de cirugía del HSRA  
Octubre 2011 - enero 2012  
(Valor absoluto y relativo)**

Domicilio	Valor absoluto	Valor relativo
Alajuela Centro	46	19.1
Área Este	29	12
Área Oeste	44	18.2
Área Norte	29	12
Área Sur	66	27.4
Otros	14	5.8
No responde	13	5.4
<b>Total</b>	<b>241</b>	<b>99.90</b>

**Fuente: Cuestionario aplicado**

### Gráfico F



**Fuente: Cuadro F**

Nota: Área Norte, Sur, Este, Oeste, Centro = Se refiere a ubicación geográfica. HSRA = Hospital San Rafael de Alajuela.

**Análisis:** De acuerdo al cuadro y gráfico F se percibe que el 19.1% residen en el área de Alajuela centro, un 12% viven en el área del Este, un 18.2% son residentes del área Oeste, un 12% en el área Norte, mientras que un 27.4% viven en el área Sur, un 5.8% refieren ser residentes de otras áreas cercanas y el 5.4% no responde.

Los datos oficiales del censo 2011 indican que las provincias con un mayor aumento de migración interna son Heredia, Cartago y Alajuela. Luego de analizar los resultados de las encuestas se procede a dividir la provincia de Alajuela en cinco áreas de atracción geográfica y otras poblaciones lejanas, con el propósito de obtener un dato más claro de la procedencia de los usuarios.

En base a la información observada, la mayoría de los pacientes proceden del área sur, por ejemplo: Villa Bonita, El Coco y San Rafael. En segundo lugar se encuentran los habitantes del área central, entre los cuales se puede mencionar, Alajuela Centro, El Llano y Barrio San José; y en tercer lugar los que provienen del área oeste como lo son Grecia, San Ramón, Palmares y Naranjo.

Debido a que el Hospital San Rafael de Alajuela es un hospital regional categoría B, se convierte en la primera opción del área para atender a aquellos usuarios que requieren de atención y procedimientos especializados.

### Cuadro G

**Distribución por nacionalidad de los usuarios  
de los servicios de cirugía del HSRA,  
Octubre 2011 - enero 2012  
(Valor absoluto y relativo)**

Nacionalidad	Valor absoluto	Valor relativo
Costa Rica	221	92
Nicaragua	14	6
Honduras	1	0
No responde	5	2
<b>Total</b>	<b>241</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario aplicado

### Gráfico G



Fuente: Cuadro G

Nota: HSRA = Hospital San Rafael de Alajuela.

**Análisis:** El cuadro y gráfico G nos permite observar que el 92% de los encuestados son costarricenses, el 6% son nicaragüenses, el 2% no responden y una persona de Honduras con un 0% de representación.

Costa Rica es un país cosmopolita, con una población ampliamente variada, punto final de migración de personas de muchos países como Guatemala, China, Colombia, Cuba, Estados Unidos de América, República Dominicana, El Salvador y Nicaragua entre muchos otros. La página oficial del censo 2011 cita textual la siguiente declaración,

Censo (2011) cabe destacar que dentro del componente inmigratorio, las personas provenientes de Nicaragua continúan siendo mayoritarias (287,766) pues representan el 74,6% del total de inmigrantes residentes en el país, aunque sin mayor cambio porcentual desde el 2000 (76,4%). Por su parte, el peso relativo de quienes llegan de otros países muestra un aumento, particularmente de quienes provienen de Colombia (4,3%) y de Estados Unidos (4,1%). A estos se suman otras naciones como Panamá (2,9%) y El Salvador (2,4%) que se ubican dentro de las cinco primeras que mayor porcentaje de extranjeros aportan a la población de Costa Rica.

Es evidente que la mayoría de los usuarios que fueron atendidos en los distintos Servicios de Cirugía son costarricenses y el grupo que le sigue, es el conformado por los de nacionalidad nicaragüense.

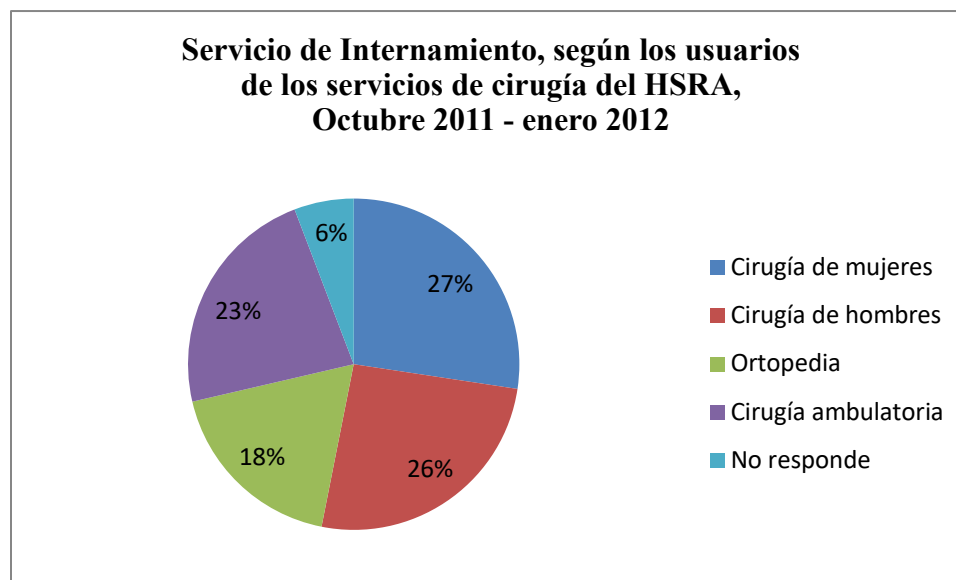
## Cuadro H

**Servicio de Internamiento, según los usuarios  
de los servicios de cirugía del HSRA,  
Octubre 2011 - enero 2012  
(Valor absoluto y relativo)**

Servicio de Internamiento	Valor absoluto	Valor relativo
Cirugía de mujeres	66	27.4
Cirugía de hombres	62	25.7
Ortopedia	44	18.2
Cirugía ambulatoria	55	22.8
No responde	14	5.8
<b>Total</b>	<b>241</b>	<b>99.90</b>

Fuente: Cuestionario aplicado

## Gráfico H



Fuente: Cuadro H

Nota: HSRA = Hospital San Rafael de Alajuela.

**Análisis:** De acuerdo al cuadro y gráfico H se percibe que el 27.4% de los encuestados estaban en el Servicio de Cirugía de Mujeres, el 25.7% eran internos del Servicio de Cirugía de Hombres, el 18.2% pertenecen al Servicio de Ortopedia, el 22.8% del Servicio de Cirugía Ambulatoria y el 5.8% no responde.

Aquellos servicios de cirugía en los cuales fueron internados el mayor número de pacientes son: cirugía de mujeres, cirugía de hombres y cirugía ambulatoria, respectivamente. Esto implica que el departamento de educación debe considerar la posibilidad de realizar y seguir un protocolo de educación en salud para ser impartido a los pacientes de egreso de estos servicios.

Dicho programa debe garantizar que los usuarios cuenten con la información adecuada según su especialidad y padecimiento para así poder lograr exitosamente reintegrarse a sus actividades diarias.

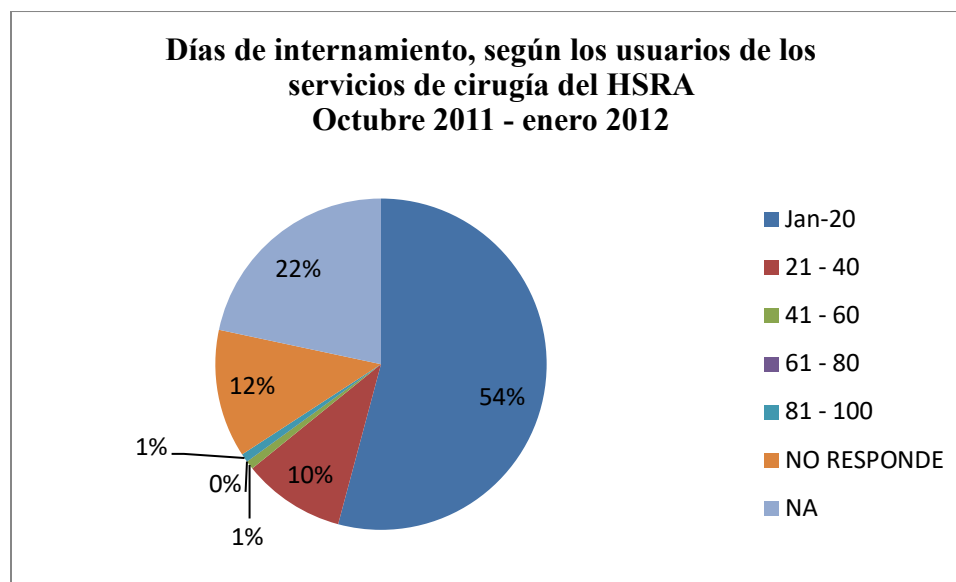
### Cuadro I

#### Días de internamiento, según los usuarios de los servicios de cirugía del HSRA Octubre 2011 - enero 2012 (Valor absoluto y relativo)

DÍAS	MASCULINO	RELATIVO %
1 - 20	65	54.2
21 - 40	12	10
41 - 60	1	0.8
61 - 80	0	0
81 - 100	1	0.8
NO RESPONDE	15	12.5
NA	26	21.7
<b>SUB TOTAL</b>	<b>120</b>	
<b>TOTAL</b>	<b>241</b>	<b>100%</b>

Fuente: Cuestionario aplicado

### Gráfico I-A



Fuente: Cuadro I

Nota: 1-20, 21-40, 41-60, 61-80, 81-100 = rango que representa los días de internamiento. HSRA = Hospital San Rafael de Alajuela.

**Análisis:** De acuerdo al cuadro y gráfico I –A se observa que el 54% de los encuestados permanecieron internados entre uno y veinte días. Durante el periodo de veintiuno a

cuarenta días un 10% reportan haber sido internado; de cuarenta y un días a sesenta días únicamente el 1% fue internado. Ningún encuestado reporta haber sido internado en un período de sesenta y un á ochenta días. Un 1% del usuario reportan haber sido internado durante un periodo de ochenta y uno á cien días. Un 12% de los usuarios no responde al inciso. El 22% no aplica debido al servicio de internamiento del cual fueron egresados; en el caso de cirugía ambulatoria los usuarios egresarían el mismo día del procedimiento quirúrgico. Durante el internamiento se busca monitorear la evolución del paciente para así disminuir los riesgos y repercusiones negativas que se puedan dar tanto en el área física como en el área emocional.

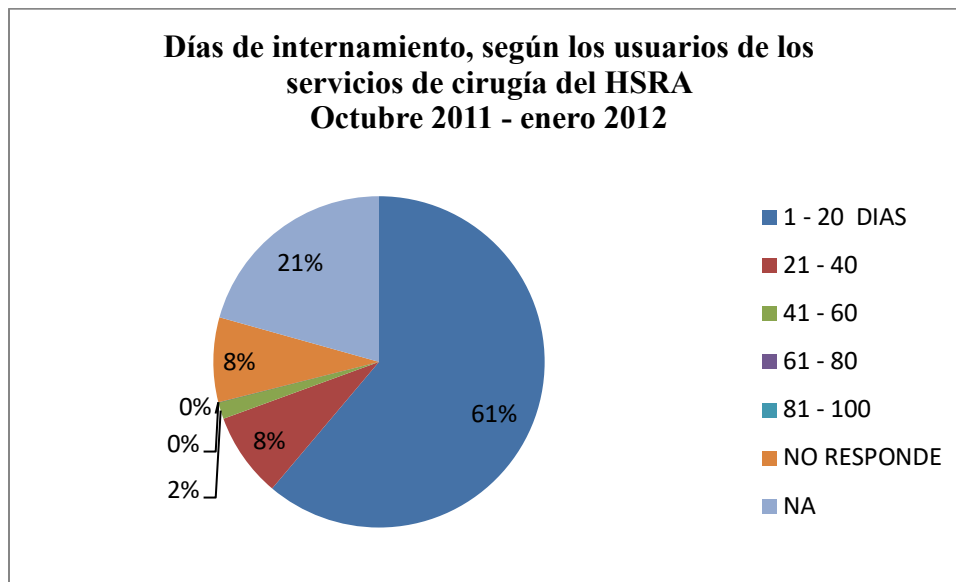
Es evidente que este grupo que estuvo interno de 1-20 días se ven en la obligación de sacar una incapacidad, si está asegurado; renunciar a su trabajo, si no existiera la posibilidad de un reemplazo; o bien conseguir un permiso temporal. Se considera que algunos de estos usuarios pueden caer en alguna de estas categorías: pensionado, trabajador, estudiantes o propietario de una empresa. Independientemente de su posición el usuario que egresa requiere de un plan de educación en salud planeado y personalizado según su condición.

**Días de internamiento, según los usuarios de los servicios de cirugía del HSRA  
 Octubre 2011 - enero 2012  
 (Valor absoluto y relativo)**

DÍAS	FEMENINO	RELATIVO %
1 - 20 DIAS	74	61.1
21 - 40	10	8.3
41 - 60	2	1.6
61 - 80	0	0
81 - 100	0	0
NO RESPONDE	10	8.3
NA	25	20.7
	<b>121</b>	
		<b>100%</b>

**Fuente: Cuestionario aplicado**

**Gráfico I-B**



**Fuente: Cuadro I**

Nota: 1-20, 21-40, 41-60, 61-80, 81-100 = rango que representa los días de internamiento. HSRA = Hospital San Rafael de Alajuela.

**Análisis:** De acuerdo al cuadro y gráfico I – B se observa que el 61% de los encuestados estuvieron internos durante un periodo de uno a veinte días. Durante el periodo de veintiuno a cuarenta días el 8% reporta haber sido internado. Un 2% estuvo interno durante un periodo de cuarenta y uno y sesenta días, el 0% de los usuarios no debió ser internado durante el periodo de sesenta y un a ochenta días. El 8% no responde al inciso. EL 21% no aplica debido al servicio de internamiento del cual fueron egresados; en el caso de cirugía ambulatoria los usuarios egresarían el mismo día del procedimiento quirúrgico.

La enfermedad es el resultado de una serie de eventos, los cuales se dan de forma gradual, llevando al organismo a deteriorarse. De igual manera el proceso de recuperación pasa por el mismo proceso para llegar a la rehabilitación total, es por ello que algunos pacientes requieren de más días de internamiento que otros.

Este grupo de mujeres que estuvo interna de 1 – 20 días, requerirán de un proceso de educación que vaya de acuerdo con el proceso que inició en el área hospitalaria. Se debe considerar la posibilidad de que muchas de estas mujeres son jefe de familia, igualmente varias familias dependen de éstas mujeres en otras áreas de la vida cotidiana. Algunas son madres, lo que indica que existirá la posibilidad de suponer que hay niños bajo el cuidado de otros familiares durante este periodo de internamiento.

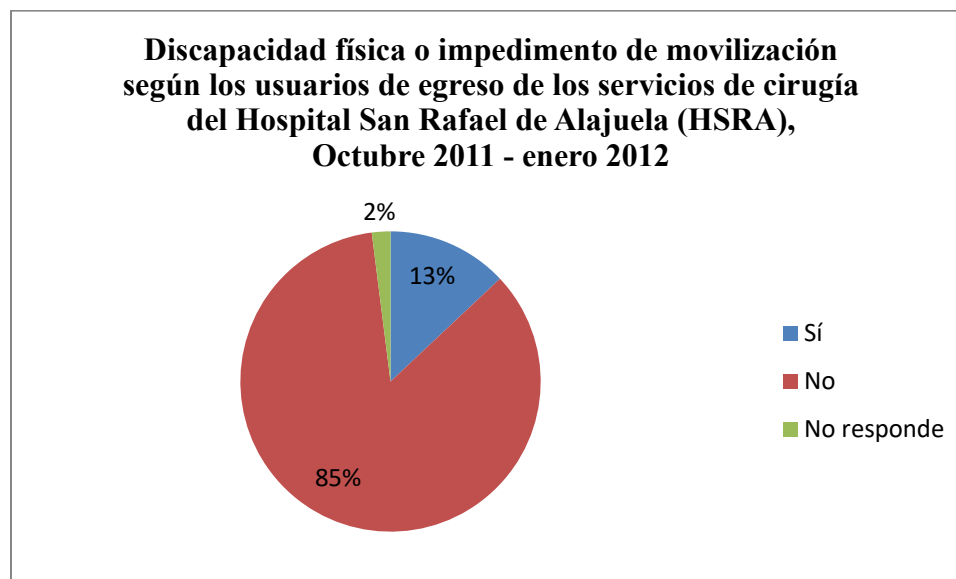
### Cuadro #1

**Discapacidad física o impedimento de movilización  
según los usuarios de egreso de los servicios de cirugía del  
Hospital San Rafael de Alajuela (HSRA),  
Octubre 2011 - enero 2012  
(Valor absoluto y relativo)**

Discapacidad física	Valor absoluto	Valor relativo
Sí	32	13
No	205	85
No responde	4	2
<b>Total</b>	<b>241</b>	<b>100</b>

**Fuente: Cuestionario aplicado**

### Gráfico #1



**Fuente: Cuadro #1**

HSRA = Hospital San Rafael de Alajuela.

**Análisis:** De acuerdo al cuadro y gráfico 01 el 85% de los encuestados no presentan discapacidad física o impedimento para movilizarse, mientras que un 13% si lo presentan y un 2% no responden.

Se rescata que las estadísticas nacionales indican que cerca de un 10.5% de la población total del país presenta algún tipo de discapacidad, hablando de unas cuatrocientas mil personas, de acuerdo con una entrevista realizada por Santos I. (2012) “*Sendero Universal, Parque Nacional Carara*”. Dentro de las discapacidades mencionadas por los pacientes de los Servicios de Cirugía del HSRA están:

- Amputación de ambas piernas.
- Deambulacion con muletas.
- No vidente.
- Problemas de cadera, desgaste de rodilla y columna.
- Polio.
- Tetraplejia completa.
- Alzheimer.
- Parkinson.
- Fractura de brazo.
- Deficiencia circulatoria en pie derecho.
- Úlcera en pierna izquierda, amputación de pierna derecha.

- Artritis reumatoide.
- Amputación de pierna izquierda.
- Cáncer de huesos.

Con estos datos se podría esperar que el enfermero (a) tratante plantee una dinámica individualizada del proceso de educación en salud para cada usuario, ya que la discapacidad que afecta el desempeño de cada paciente influirá directamente sobre su habilidad de recuperarse satisfactoriamente en un periodo de tiempo más limitado.

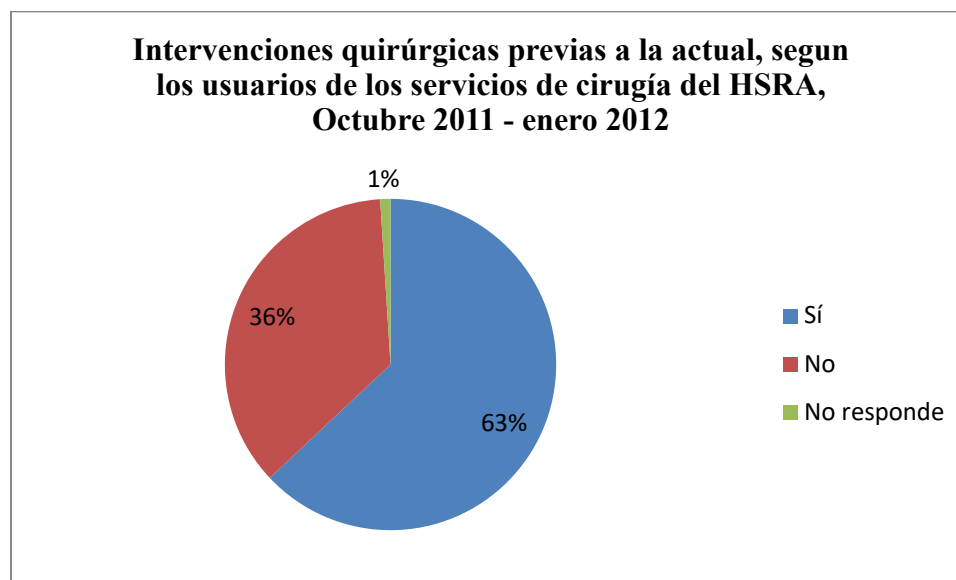
## Cuadro #2

**Intervenciones quirúrgicas previas a la actual,  
según los usuarios de los servicios de cirugía del HSRA,  
Octubre 2011 - enero 2012  
(Valor absoluto y relativo)**

Intervenciones previas	Valor absoluto	Valor relativo
Sí	152	63
No	87	36
No responde	2	1
<b>Total</b>	<b>241</b>	<b>100</b>

**Fuente: Cuestionario aplicado**

## Gráfico #2



**Fuente: Cuadro #2**

HSRA = Hospital San Rafael de Alajuela.

**Análisis:** Con relación al cuadro y gráfico 02, hay un 63% de los encuestados que han tenido alguna intervención quirúrgica anteriormente, mientras el 36% no han tenido cirugías previas y un 2% que no responden.

Con base en los resultados obtenidos mediante la encuesta, se podría considerar que la mayoría de los usuarios que respondieron afirmativamente a esta pregunta deberían estar familiarizados con todo el proceso de educación en salud. Entre los beneficios de mayor importancia se observan: que estos pacientes y familiares conocen todos los pasos relacionados con la preparación para la intervención quirúrgica, alimentación, lavado de manos, cuidado de la herida e higiene postural entre otros.

Aún así, el grupo que respondió de forma negativa, requerirá de un proceso de educación en salud del más alto nivel, ya que estos usuarios serán los que podrán hacer de ésta su primera experiencia memorable o bien, una experiencia traumante y dolorosa.

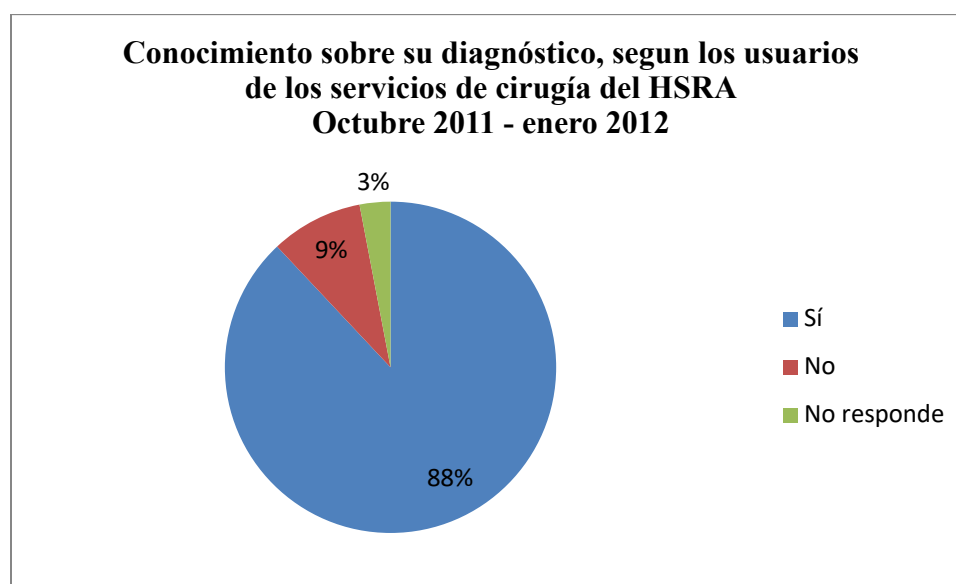
### Cuadro #3

Conocimiento sobre su diagnóstico,  
según los usuarios de los servicios de cirugía del HSRA,  
Octubre 2011 - enero 2012  
(Valor absoluto y relativo)

Conocimiento del diagnóstico	Valor absoluto	Valor relativo
Sí	211	88
No	22	9
No responde	8	3
Total	241	100

Fuente: Cuestionario aplicado

### Gráfico #3



Fuente: Cuadro 03

HSRA = Hospital San Rafael de Alajuela.

**Análisis:** Según el cuadro y gráfico 03 cabe resaltar que el 88% de los encuestados tienen conocimiento sobre su diagnóstico, esto les facilita entender que es lo que está pasando. A diferencia del 9% que no saben su diagnóstico y un 3% restante que no responden.

Se puede notar que existen dos agrupaciones en las cuales se debe enfocar nuestra atención.

Dentro del grupo que afirma no saber su padecimiento, éstos los convierte en una población vulnerable. Experimentar alteraciones que afectan emocionalmente al usuario como a su núcleo de apoyo. Tanto el nivel de ansiedad como el miedo a lo desconocido y temor al dolor. Ahora se debe preguntar a los usuarios que no respondieron ¿será que desconocen su

diagnóstico o quizá tienen dudas al respecto?

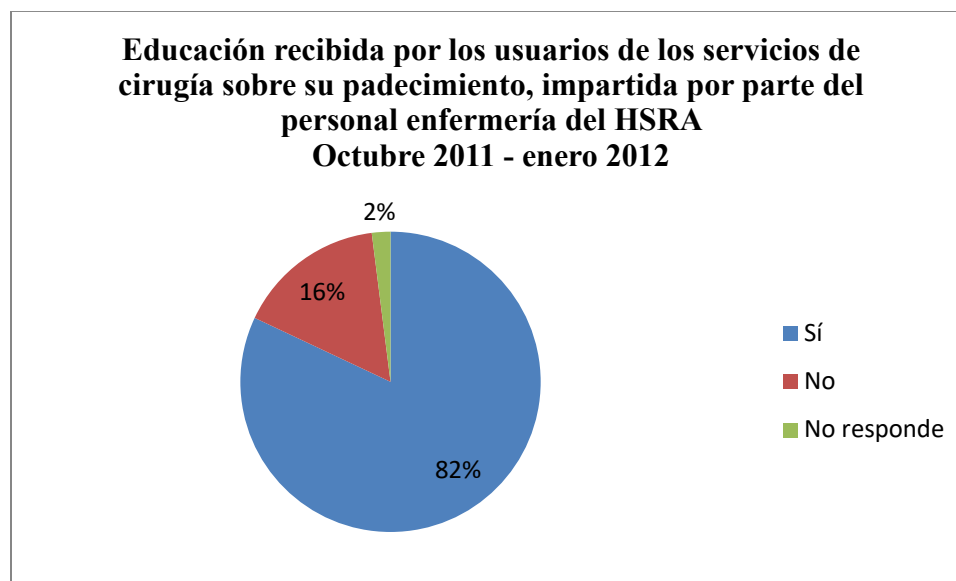
#### Cuadro #4

**Educación recibida por los usuarios de los servicios de cirugía sobre su padecimiento, impartida por parte del personal enfermería del HSRA  
Octubre 2011 - enero 2012  
(Valor absoluto y relativo)**

<b>Educación recibida de enfermería sobre padecimiento</b>	<b>Valor absoluto</b>	<b>Valor relativo</b>
<b>Sí</b>	198	82
<b>No</b>	39	16
<b>No responde</b>	4	2
<b>Total</b>	241	100

Fuente: Cuestionario aplicado

#### Gráfico #4



Fuente: Cuadro #4

HSRA = Hospital San Rafael de Alajuela.

**Análisis:** De acuerdo al cuadro y gráfico 04 se puede observar que el 82% de los encuestados si recibieron educación sobre su padecimiento, por parte del personal de enfermería, mientras que el 16% refieren no haber recibido esa educación, y un 2% no respondieron.

Existe un alto porcentaje de usuarios que no recibió educación con respecto a su padecimiento. Esto quiere decir que al momento de ser encuestados ya habían enfrentado el procedimiento quirúrgico. Esto sin tener idea de cuál es su padecimiento (según el cuadro) y por lo tanto, el procedimiento que se le practicaría. Si se mantiene el hilo conductor durante la investigación la incógnita persiste ¿Será que estos pacientes están realmente listos para enfrentar lo que está por venir? ¿Por qué?. De manera que continúan existiendo inquietudes en los usuarios que no fueron abordados correctamente.

### Cuadro #5

**Educación previa a la intervención quirúrgica,  
según los usuarios de los servicios de cirugía del HSRA  
Octubre 2011 - enero 2012  
(Valor absoluto y relativo)**

<b>Educación antes de la cirugía</b>	<b>Valor absoluto</b>	<b>Valor relativo</b>
<b>Sí</b>	226	94
<b>No</b>	13	5
<b>No responde</b>	2	1
<b>Total</b>	241	100

**Fuente: Cuestionario aplicado**

### Gráfico #5



**Fuente: Cuadro #5**

HSRA = Hospital San Rafael de Alajuela.

**Análisis:** Como se logra ver en el cuadro y gráfico 05, el 94% de los encuestados recibieron educación previa a la intervención quirúrgica, sin embargo el 5% no la recibieron y el 1% no responde.

Existe una mayoría de usuarios que están familiarizados con el proceso de preparación incluyendo los efectos de la anestesia y movilización. Por el contrario existe un grupo menor que no recibieron un adecuado proceso de educación en salud. Se puede preguntar, ¿cuáles fueron los motivos detrás de la decisión de no llevar a cabo el proceso de preparación y educación en salud de estos usuarios?. Se puede contemplar opciones como el factor tiempo, la falta de planeación por parte del personal de enfermería o la falta de interés por parte del mismo usuario.

Ahora bien, esto permite considerar la posibilidad de la falta de educación en lo referente al pos operatorio. También se puede observar como en el *Cuadro #8*, el 18% de los usuarios no recibió información en lo que refiere al manejo del dolor. En el *Cuadro #9*, el 12% de los usuarios manifestó no haber recibido información sobre higiene postural. En el *Cuadro #10* un 10% refiere no recibir educación sobre los cuidados de la herida a realizarse luego del egreso. Finalmente un 14% de los usuarios declara no haber recibido educación sobre la administración del tratamiento analgésico y el tratamiento antibiótico reflejado en el *Cuadro #11*.

### Cuadro #6

**Educación recibida relacionada con el procedimiento quirúrgico,  
según los usuarios de los servicios de cirugía del HSRA  
Octubre 2011 - enero 2012  
(Valor absoluto y relativo)**

<b>Educación relacionada al procedimiento</b>	<b>Valor absoluto</b>	<b>Valor relativo</b>
<b>Sí</b>	190	79
<b>No</b>	44	18
<b>No responde</b>	7	3
<b>Total</b>	241	100

**Fuente: Cuestionario aplicado**

### Gráfico #6



**Fuente: Cuadro #6**

HSRA = Hospital San Rafael de Alajuela.

**Análisis:** De acuerdo al cuadro y gráfico 06 se puede notar que el 79% de los encuestados recibieron educación relacionada con el procedimiento quirúrgico, no obstante el 18% no la recibieron y el 3% restante no responde.

Se puede notar que existe un importante grupo de pacientes que enfrentaron el procedimiento quirúrgico sin conocimiento en su totalidad de la intervención que se les practicaría, esto lleva a presumir que de igual forma estos usuarios ignoraban la localidad de la herida quirúrgica.

Debido a esta problemática se considera que existe un mayor grupo de personas enfrentando el factor sorpresa al ingresar a la cirugía y al despertar de la anestesia.

Según Anaya-Durand & Anaya-Huertas (2010, p. 5-14) en su artículo *¿Motivar para aprobar o para aprender? Estrategias de motivación del aprendizaje para los estudiantes*, la necesidad de seguridad de acuerdo con la escala de Maslow, es imperativo que el ser humano experimente un sentimiento de “seguridad” en todo momento, esto conlleva a preguntar ¿se satisfizo esta necesidad de seguridad?.

Al no existir un adecuado proceso de educación en salud por consiguiente no hubo tiempo de preparación y asimilación por parte del paciente, lo que repercute en inseguridad y miedos.

Finalmente, con base en el análisis de los datos, se concluirá con una serie de preguntas que dejan la puerta abierta para el seguimiento de otra investigación. Al aceptar que se recibió educación en cuanto al procedimiento quirúrgico ¿Refleja el nivel de educación del paciente?, ¿Mediante cuál método de evaluación se evaluará la efectividad

del proceso de educación en salud?, ¿Se podría considerar la posibilidad de suspender la cirugía si el proceso de educación en salud se considera deficiente?.

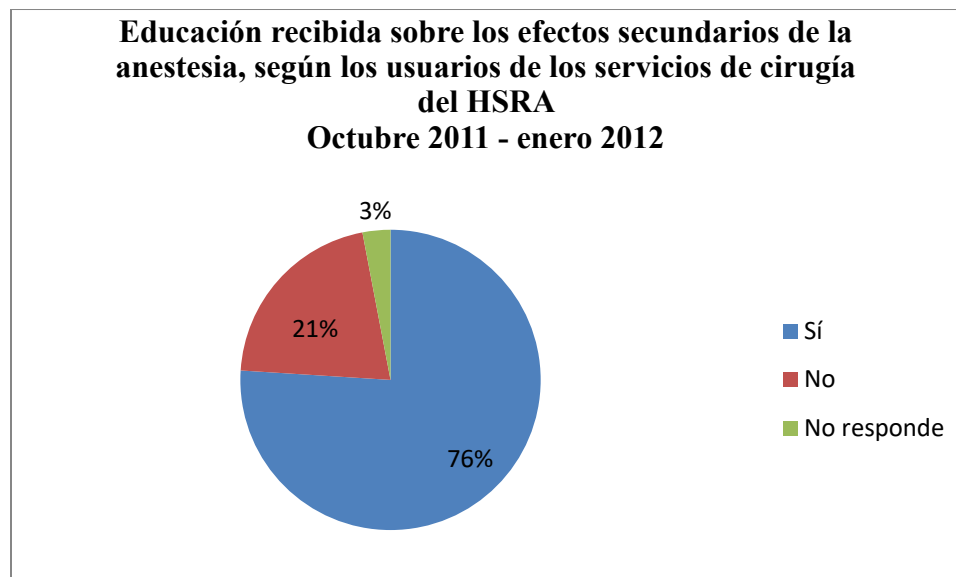
### Cuadro #7

**Educación recibida sobre los efectos secundarios de la anestesia,  
según los usuarios de los servicios de cirugía del HSRA  
Octubre 2011 - enero 2012  
(Valor absoluto y relativo)**

<b>Educación sobre efectos secundarios de anestesia</b>	<b>Valor absoluto</b>	<b>Valor relativo</b>
<b>Sí</b>	183	76
<b>No</b>	51	21
<b>No responde</b>	7	3
<b>Total</b>	241	100

**Fuente: Cuestionario aplicado**

### Gráfico #7



**Fuente: Cuadro #7**

HSRA = Hospital San Rafael de Alajuela.

**Análisis:** Según el cuadro y gráfico #7 se observa que el 76% de los encuestados recibieron educación sobre los efectos secundarios de la anestesia, mientras que el 21% no la recibieron, y el 3% decidió no responder.

Al permitir que un usuario enfrente el proceso quirúrgico desconociendo los efectos secundarios de la anestesia, se coloca a éste en una posición de desventaja, tanto al enfrentar lo desconocido como al verse vulnerable ante el personal de enfermería por no saber qué esperar y por lo tanto cómo tratar los síntomas por si mismo. Entre los efectos adversos mas frecuentes podemos mencionar la trombosis venosa, flebitis, irritación local, confusión, somnolencia, hipotensión y apnea, de acuerdo con LeMone & Burke (2009).

Al desconocer las secuelas, consideradas como normales, el usuario no tiene la oportunidad de crecer intelectualmente, lo que lo deshabilita emocionalmente de participar efectivamente en aquellas posibles acciones para controlar todos aquellos efectos que provienen de la administración de la anestesia y de la cirugía misma.

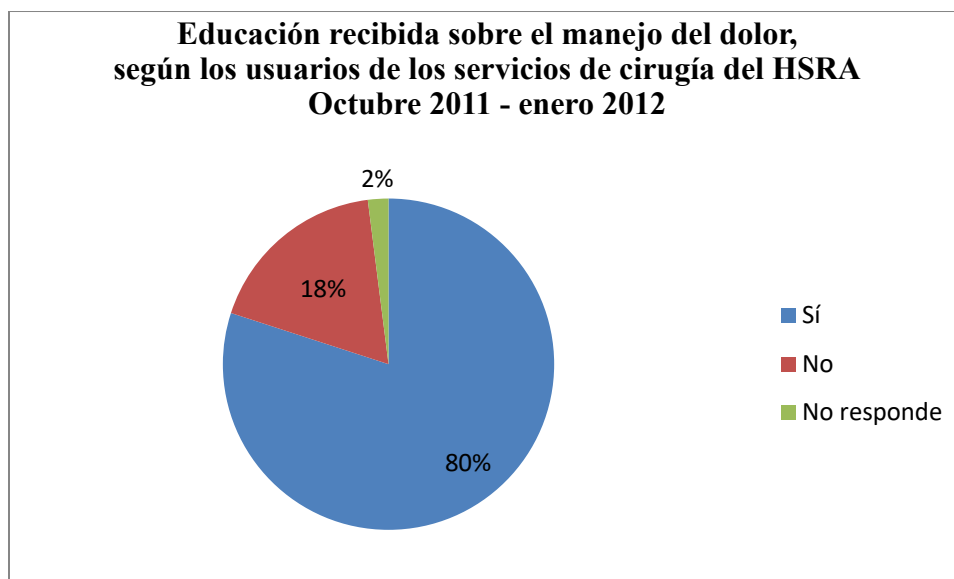
### Cuadro #8

**Educación recibida sobre el manejo del dolor,  
según los usuarios de los servicios de cirugía del HSRA  
Octubre 2011 - enero 2012  
(Valor absoluto y relativo)**

<b>Educación sobre el dolor</b>	<b>Valor absoluto</b>	<b>Valor relativo</b>
<b>Sí</b>	192	80
<b>No</b>	44	18
<b>No responde</b>	5	2
<b>Total</b>	241	100

**Fuente: Cuestionario aplicado**

### Gráfico #8



**Fuente: Cuadro #8**

HSRA = Hospital San Rafael de Alajuela.

**Análisis:** Al observar el cuadro y gráfico #8 se percibe que el 80% de los encuestados recibieron educación sobre el manejo del dolor, mientras que el 18% no la recibieron, y el 2% restante no respondieron.

Sin duda alguna se observa que un grupo significativo de pacientes fueron sometidos a una intervención quirúrgica sin previa educación en cuanto al tratamiento del dolor.

Poggi & Ibarra (2007) refieren que el dolor es más complejo y difícil de manejar ya que se considera como una sensación subjetiva, “varía de sujeto a sujeto y no es factible de cuantificar con exactitud”. Manifiestan que el umbral del dolor varía de acuerdo al usuario, por lo que no se puede generalizar el manejo del mismo. Por ello es importante interactuar con el paciente y así conocer su dinámica para lidiar con el dolor y su nivel de tolerancia, estableciendo de forma oportuna el efecto negativo del mismo a corto y mediano plazo.

De acuerdo con la información presentada en este artículo, el adecuado manejo del dolor seguirá siendo un reto y es gracias a este fenómeno que se ha dado a paso a la gran variedad de investigaciones y protocolos para el manejo del mismo. Es claro que todo proceso invasivo tiene como resultado algún grado de dolor o molestia, es por ello que es importante que el usuario maneje las diversas y variadas técnicas que puede utilizar para el tratamiento del mismo como técnicas de respiración y de movilización, alineación del cuerpo o miembro en específico, sin dejar de lado la educación por parte de la enfermera sobre la administración adecuada del fármaco prescrito por el médico, esto incluye el tipo de medicamento y sus efectos.

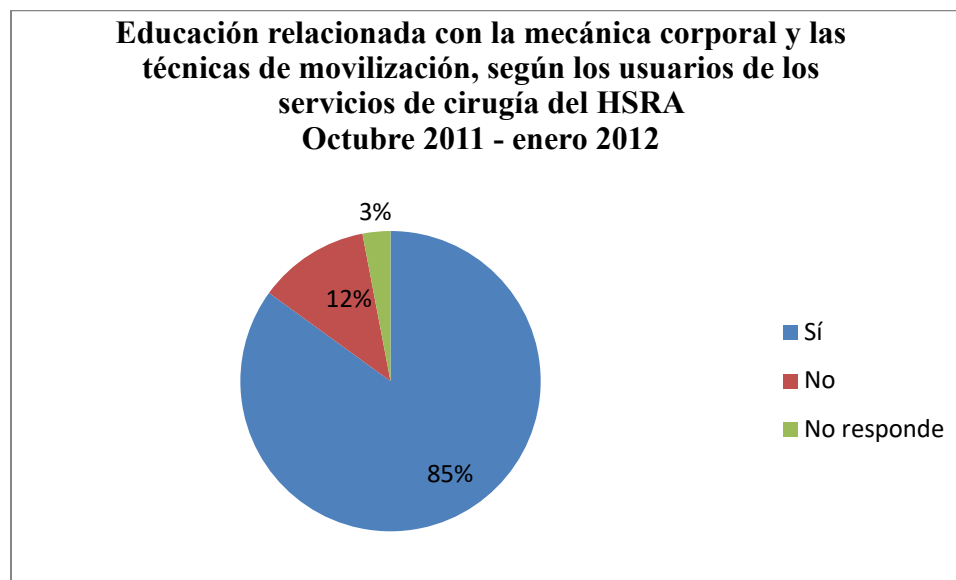
### Cuadro #9

**Educación relacionada con la mecánica corporal y las técnicas de movilización,  
según los usuarios de los servicios de cirugía del HSRA  
Octubre 2011 - enero 2012  
(Valor absoluto y relativo)**

<b>Educación sobre mecánica corporal y movilización</b>	<b>Valor Absoluto</b>	<b>Valor relativo</b>
<b>Sí</b>	206	85
<b>No</b>	29	12
<b>No responde</b>	6	3
<b>Total</b>	241	100

**Fuente: Cuestionario aplicado**

### Gráfico #9



**Fuente: Cuadro #9**

HSRA = Hospital San Rafael de Alajuela.

**Análisis:** En el cuadro y gráfico #9 se puede observar que el 85% de los encuestados fueron educados en relación a las técnicas de movilización y mecánica corporal, mientras que el 12% no recibió este tipo de educación y sólo el 3 % no respondieron.

El 12% de usuarios que refirieron no recibir ningún tipo de educación relacionado con higiene postural y movilización, son de los que se ubican entre un grupo de alto riesgo por factores varios, dentro de los cuales se menciona: lesiones relacionadas con la pérdida de la integridad de los bordes de la herida quirúrgica, riesgo de hernias, aumento en la posibilidad de infección, riesgo de caídas y fracturas.

No se debe olvidar que durante el período de convalecencia el cuerpo del paciente está debilitado, dependiente de la alineación y colocación correcta con la idea de acelerar el proceso de recuperación y rehabilitación. Cualquier lesión producto de la falta de educación de higiene postural provocará que el paciente, en el mayor de los casos, sufra algún tipo de lesión secundaria no relacionada directamente con su padecimiento.

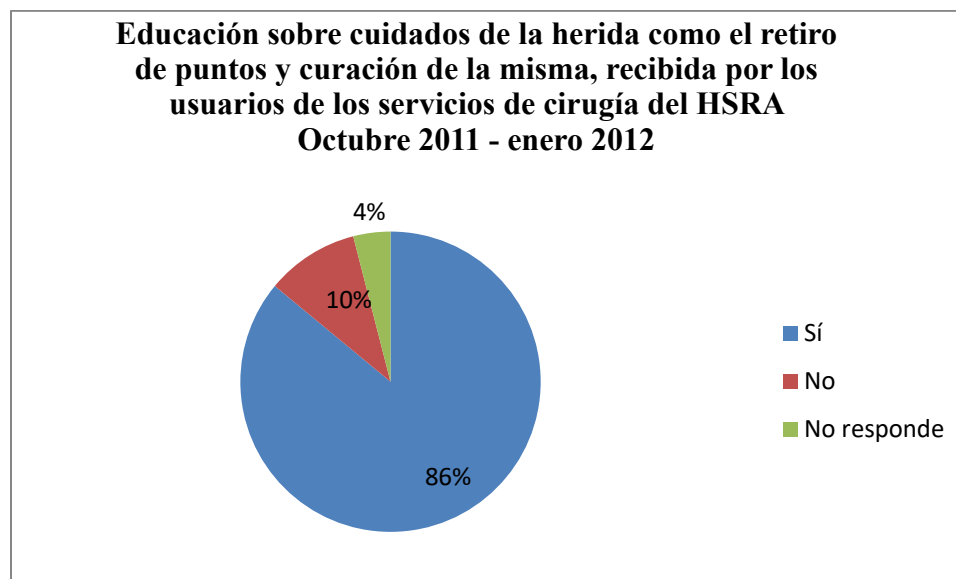
### Cuadro #10

**Educación sobre cuidados de la herida como el retiro de puntos y curación de la misma, recibida por los usuarios de los servicios de cirugía del HSRA  
Octubre 2011 - enero 2012  
(Valor absoluto y relativo)**

<b>Educación sobre cuidados de la herida</b>	<b>Valor absoluto</b>	<b>Valor relativo</b>
<b>Sí</b>	207	86
<b>No</b>	25	10
<b>No responde</b>	9	4
<b>Total</b>	241	100

**Fuente: Cuestionario aplicado**

### Gráfico #10



**Fuente: Cuadro #10**

HSRA = Hospital San Rafael de Alajuela.

**Análisis:** Según el cuadro y gráfico 10 se logra percibir que el 86% de los encuestados recibieron educación sobre los cuidados de la herida, mientras que el 10% no la recibieron y el 4% se limita a no responder.

Existe una gran variedad de técnicas a ser demostradas por el personal de enfermería con la idea de capacitar al paciente y su familia para sobrellevar el proceso de recuperación de la mejor manera posible.

Todos aquellos usuarios de egreso que no recibieron Educación en Salud referente al manejo apropiado de la herida pasan a convertirse en potenciales víctimas de algún tipo de complicación.

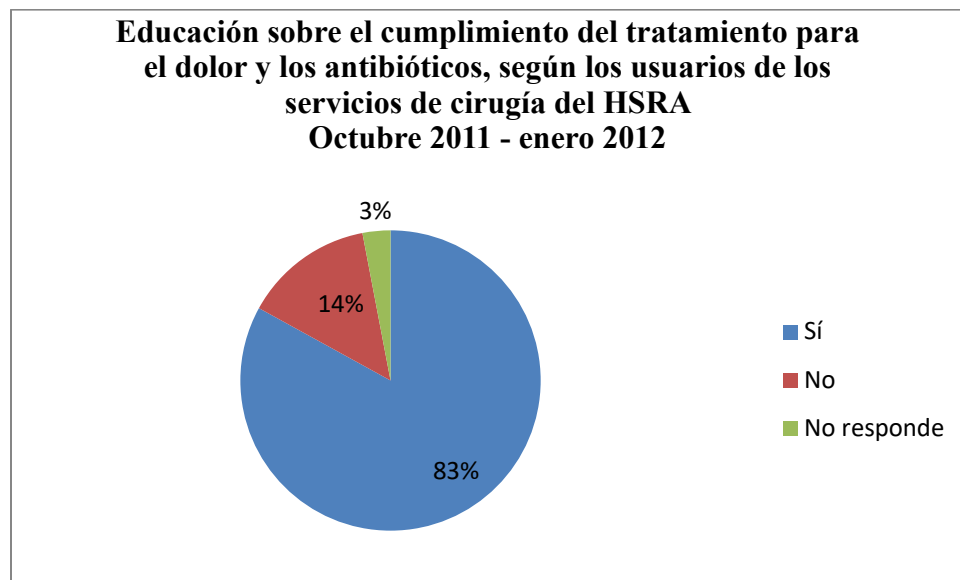
### Cuadro #11

**Educación sobre el cumplimiento del tratamiento para el dolor y los antibióticos,  
según los usuarios de los servicios de cirugía del HSRA  
Octubre 2011 - enero 2012  
(Valores absolutos y relativos)**

<b>Educación sobre cumplir tratamiento</b>	<b>Valor absoluto</b>	<b>Valor relativo</b>
<b>Sí</b>	199	83
<b>No</b>	35	14
<b>No responde</b>	7	3
<b>Total</b>	241	100

**Fuente: Cuestionario aplicado**

### Gráfico #11



**Fuente: Cuadro #11**

HSRA = Hospital San Rafael de Alajuela.

**Análisis:** De acuerdo al cuadro y gráfico #11 se puede observar que el 83% de los encuestados recibieron educación sobre el cumplimiento del tratamiento para el dolor y antibióticos, mientras que el 14% no recibió este tipo de educación y el 3% no respondió.

Existe un grupo importante de pacientes que fueron enviados a casa sin la información referente al tratamiento del dolor y antibióticos. Esto tiene como probable consecuencia que el usuario no administre de forma correcta las dosis de los medicamentos, con el inconveniente de que éste sufra de dolor constante o bien que su dosis se acabe antes del tiempo indicado.

En el caso de los antibióticos, el usuario debe entender que aunque él se sienta bien debe completar el tratamiento en su totalidad. Al no completar el tratamiento se podrían observar algunas consecuencias como: infecciones por bacterias, virus, micoplasmas, rickettsias, clamidias, hongos y parásitos. Muchas varían de acuerdo con el organismo infectante y el sistema orgánico afectado. Este tipo de complicaciones pueden llegar a causar septicemia (enfermedad sistémica por toxinas) y shock séptico (puede reflejar hipotensión, deterioro en la perfusión de algún órgano fallo, multi orgánico) según LeMone & Burke (2009, p. 311-312).

El organismo causante del cuadro infeccioso tiene la habilidad de tomar propiedades inmunes contra el antibiotico específico, provocando en un futuro, desde una recaída por inmunidad a los medicamentos hasta la muerte.

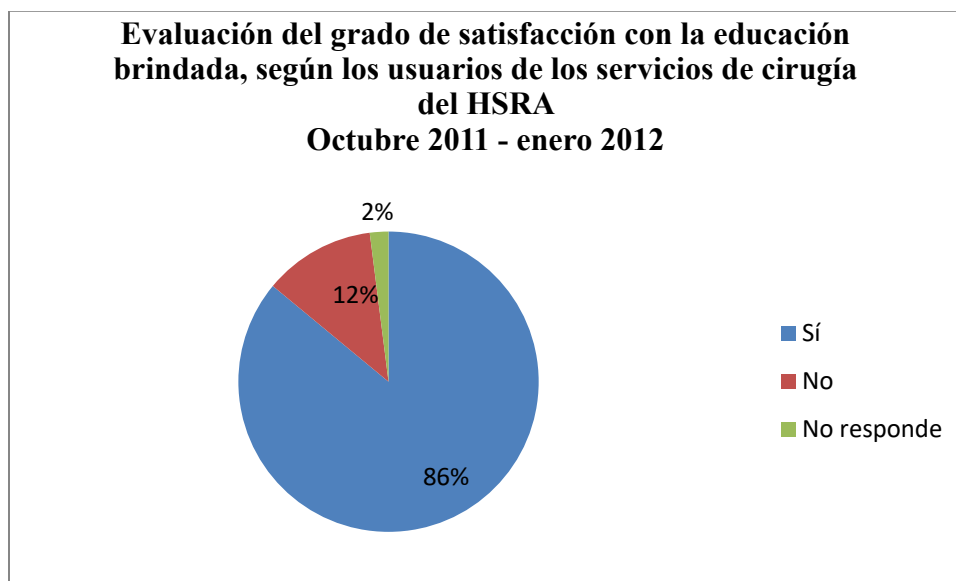
### Cuadro #12

**Evaluación del grado de satisfacción con la educación brindada,  
según los usuarios de los servicios de cirugía del HSRA  
Octubre 2011 - enero 2012  
(Valor absoluto y relativo)**

<b>Grado de satisfacción</b>	<b>Valor absoluto</b>	<b>Valor relativo</b>
<b>Sí</b>	208	86
<b>No</b>	28	12
<b>No responde</b>	5	2
<b>Total</b>	241	100

**Fuente: Cuestionario aplicado**

### Gráfico #12



**Fuente: Cuadro #12**

HSRA = Hospital San Rafael de Alajuela.

**Análisis:** Según el cuadro y gráfico #12 se observa que el 86% de los encuestados están satisfechos con la educación que recibieron, sin embargo hay un 12% que no lo están y el 2% no respondieron.

De acuerdo con los pacientes que egresaron en este período de estudio, un importante grupo quedó satisfecho con el proceso de educación en salud que recibieron. Mientras que un 12% no lo está y el 2% no responde.

La información registrada en el cuadro #14, denota que el 21% de usuarios egreso con alguna duda y un 4% no respondió. Por lo tanto si los resultados de ambos son un 24% (58 personas) de los usuarios volvieron a sus hogares a hacerle frente a post operatorio con insuficiente información por parte del enfermera/o directamente relacionada con su padecimiento y tratamiento.

Entre algunos de los factores que se pudiera considerar están: un deficiente proceso de educación en salud mencionaremos: incapacidad de prepararse de forma adecuada para el día de la cirugía, desconocimiento del manejo del dolor, dosis y vías de administración de medicamentos; durante el post operatorio, se puede considerar técnicas de higiene postural y la incapacidad de cuidar de la herida quirúrgica adecuadamente. Como evidencia de estos resultados se puede analizar las observaciones realizadas durante el proceso de investigación reportadas en las *Notas de Campo (Ver anexo #8)*; el *Caso 2* reporta que como el paciente luego de que a finalizado el proceso de educación en salud, impartido por el auxiliar de enfermería, no comprende la información brindada. En el *Caso 3* hace mención del reingreso de una paciente por complicaciones asociadas a la infección de la herida quirúrgica. El *Caso 4* valida la importancia de contar con personal de enfermería capacitado para proveer igualdad de servicios a aquellos usuarios que cuentan con alguna discapacidad, en este caso el paciente era sordo.

Según la Ley 7600 de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, en cuanto a educación *Título II, Capítulo I, Acceso a la Educación* refiere en

su *Artículo 15 – Programas Educativos*, “El Ministerio de Educación Pública promoverá la formulación de programas que atiendan las necesidades educativas especiales y velará por ella, en todos los niveles de atención.” En su *Artículo 16 – Participación de las personas con discapacidad*, “Las personas con discapacidad participarán en los servicios educativos que favorezcan mejor su condición y desarrollo, con los servicios de apoyo requeridos; no podrán ser excluidas de ninguna actividad”. En relación al *Acceso a los Servicios de Salud*, *Capítulo III* de esta misma ley indica en su *Artículo 31 – Acceso*, “Los servicios de salud deberán ofrecerse, en igualdad de condiciones, a toda persona que los requiera. Serán considerados como actos discriminatorios, en razón de la discapacidad, el negarse a prestarlos, proporcionarlos de inferior calidad o no prestarlos en el centro de salud que le corresponda”. En el *Capítulo VI, Acceso a los servicios de Salud, Artículo 95- Protocolos de atención*, “La Caja Costarricense de Seguro Social y el Instituto Nacional de Seguros, definirán y aplicarán los protocolos de atención en materia de discapacidad, según los distintos niveles del sistema de salud” (Ley 7600, 1996). **(Ver anexo #7)**.

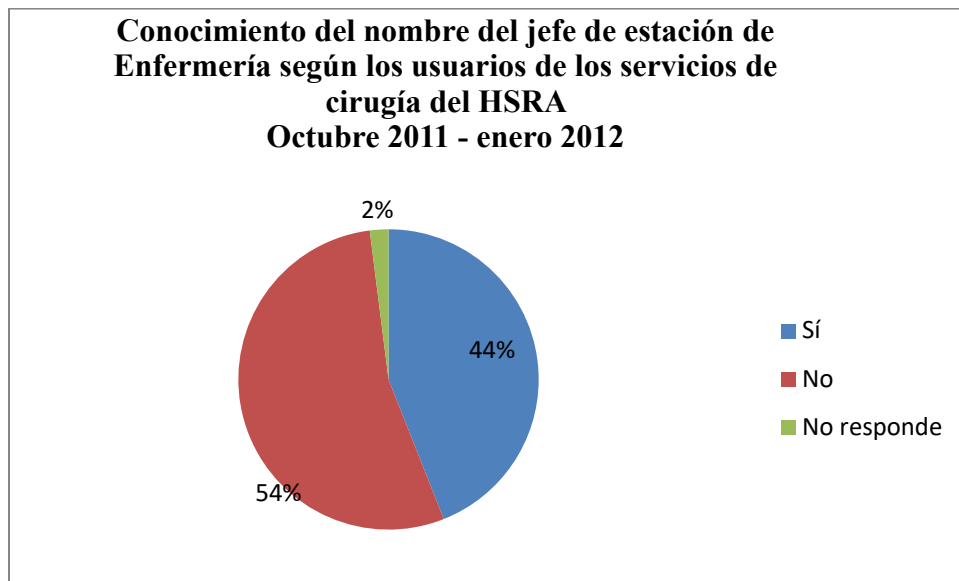
### Cuadro #13

**Conocimiento del nombre del jefe de estación de Enfermería  
según los usuarios de los servicios de cirugía del HSRA  
Octubre 2011 - enero 2012  
(Valor absoluto y relativo)**

Conocimiento del nombre	Valor absoluto	Valor relativo
Sí	105	44
No	131	54
No responde	5	2
<b>Total</b>	<b>241</b>	<b>100</b>

**Fuente: Cuestionario aplicado**

### Gráfico #13



**Fuente: Cuadro #13**

HSRA = Hospital San Rafael de Alajuela.

**Análisis:** De acuerdo al cuadro y gráfico #13 se logra notar que el 54 % de los encuestados no saben el nombre del enfermera/o jefe del servicio y el 44% afirman que sí lo saben, destacando que un 2% no responde.

Es evidente que más de la mitad de los usuarios que estuvieron en los distintos servicios de cirugía volvieron a sus hogares sin conocer el nombre de la enfermera/o jefe.

Queriendo decir que la interacción entre enfermera/o versus paciente no estuvo presente durante el período de internamiento. Luego de la observación hecha en el centro hospitalario, se observa que esto provocaba cierto nivel de incertidumbre y ansiedad en los pacientes, luego de recibir visitas constantes por parte del personal de salud de las distintas especialidades sin saber la categorización de cada uno o la labor que cumplía en su proceso de tratamiento. Finalmente el paciente puede llegar a enfrentar inhabilidad de canalizar dudas y inconformidad apropiadamente relacionada con el servicio y procedimientos al no conocer al jefe del departamento o servicio.

*El Artículo N° 5 - Uso del Gafete, Manual de uso, trámite y confección de gafetes de identificación para los funcionarios (as) de la Caja Costarricense de Seguro Social cita de la siguiente forma “es obligación de todos los funcionarios/as de la Caja Costarricense de Seguro Social, la portación del gafete de identificación oficial, de forma permanente y visible durante su jornada laboral...”*

Bajo la misma política el HSRA declara en *su circular N° 112-12-2003*, del 18 de diciembre del 2003, que el uso del uniforme será optativo para las enfermeras que así lo prefieran; también la C.C.S.S otorgará dos mil colones (tres veces al año) por vestido o gabacha, además dos gorras por año y el broche de identificación. Por ello es deber del

cuidador portar su identificación institucional visible, en el caso de un paciente no vidente será necesario que este se presente verbalmente audible ante este y su familia.

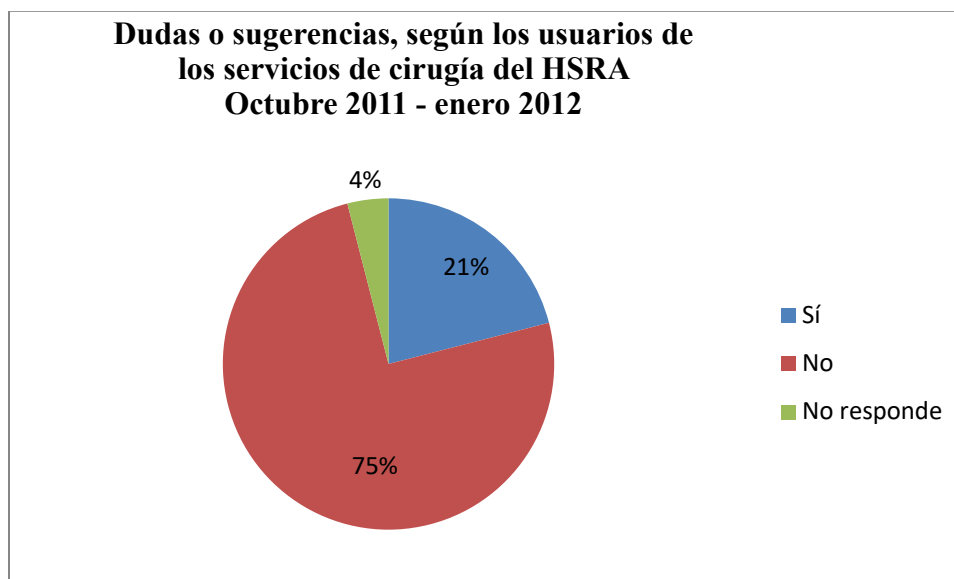
#### Cuadro #14

**Dudas o sugerencias, según los usuarios de los servicios de cirugía del HSRA  
Octubre 2011 - enero 2012  
(Valor absoluto y relativo)**

<b>Dudas o sugerencias</b>	<b>Valor absoluto</b>	<b>Valor relativo</b>
<b>Sí</b>	50	21
<b>No</b>	182	75
<b>No responde</b>	9	4
<b>Total</b>	241	100

**Fuente: Cuestionario aplicado**

#### Gráfico #14



**Fuente: Cuadro #14**

HSRA = Hospital San Rafael de Alajuela.

**Análisis:** Según el cuadro y gráfico 14 se logra notar que hay un 75% de los encuestados no tienen dudas sobre el servicio recibido, mientras que un 21% aportan sugerencias y expresan dudas, el 4% restante no responden.

Es evidente que un grupo de pacientes egresaron con dudas significativas, posiblemente relacionadas con el servicio y procedimientos, ésto a consecuencia a falta de claridad a la hora del proceso de educación en salud.

De acuerdo con el Cuadro #12, el 12% de usuarios no quedaron satisfechos con el proceso de educación en salud que recibieron al momento de su egreso. Aquellos que no respondieron son un 4%. ¿De estos pacientes, habrá algún usuario que haya tenido alguna duda directamente relacionada con su tratamiento y rehabilitación?

Dentro de las sugerencias se ve que se abre una puerta a la posibilidad de mejorar, ésto conlleva reconocer que algo requiere mayor planificación y explicación con la meta que el usuario pueda volver a su casa satisfecha y lista para enfrentar el periodo de recuperación que le espera.

Algunas de las sugerencias mencionadas por los pacientes de los Servicios de Cirugía del HSRA son las siguientes:

- Mejorar explicaciones de técnicas y papelería.
- Educar al paciente y la familia en cuanto a los cuidados después de la cirugía, más específicos.
- Explicar de qué lo van a operar y sobre la administración de medicamentos.
- Informar respecto a la operación.

- Explicar la dieta a seguir en la casa.
- Instruir por cuanto tiempo se debe guardar reposo y que alimentos no se pueden consumir.
- Me parece que la coordinación de la hora de poner los medicamentos, a veces lo ponen a una hora y después a otra.
- Mejor comunicación. Así lo declaró una paciente del Servicio de Cirugía del HSRA: “Una mañana quedó de visitarme el urólogo y me estaba bañando. En las notas quedó en pasar a verme entre un rato y en todo el día no lo vi más”.
- Educar al acompañante del paciente de Cirugía Ambulatoria sobre la importancia de planificar su alimentación y sobre la temperatura que le espera en el cuarto de espera, (temperatura fría).
- La manera de cómo le dan la noticia de lo que le van a hacer.

### Cuadro #15

**Aprobación hacia un futuro contacto seguido al egreso,  
según los usuarios de los servicios de cirugía del HSRA  
Octubre 2011 - enero 2012  
(Valor absoluto y relativo)**

Contactar después de egreso	Valor absoluto	Valor relativo
Sí	212	88
No	26	11
No responde	3	1
<b>Total</b>	<b>241</b>	<b>100</b>

**Fuente: Cuestionario aplicado**

### Gráfico #15



**Fuente: Cuadro #15**

HSRA = Hospital San Rafael de Alajuela.

**Análisis:** De acuerdo al cuadro y gráfico #15 se percibe que al 88% de los encuestados les gustaría que se les contacte después de egresar, mientras que un 11% refieren que no y el 1% no responde.

Se percibe que la gran mayoría de los pacientes de egreso les gustaría ser contactados por un miembro del equipo de salud con la idea de brindar seguimiento y seguridad a los usuarios.

Esta idea ayudará a los pacientes a:

- Ventilar todas aquellas dudas que fueron surgiendo a lo largo del período de recuperación en sus hogares.
- Disminuir el número de consulta de pacientes en el área hospitalaria, disminuyendo la conglomeración.
- Permite que el usuario disfrute de un sentimiento de seguridad, según Maslow. **(Ver anexo # 6).**

# CAPÍTULO V

## 5.1 CONCLUSIONES

Con el paso de los siglos la ciencia a logrado avances importantes descubrimientos que han dado paso a nuevas técnicas y procedimientos con la idea de brindar mayor bienestar y mejor calidad de vida. Aún así es inevitable que el ser humano sufra el natural proceso de deterioro que viene por el paso de los años y a causa del estilo de vida. A través de los medios de comunicación se observa que cada día más personas optan por someterse a intervenciones quirúrgicas con la idea de recuperar la salud a modificar su cuerpo y demorar el proceso de envejecimiento. Lo que la mayoría de ellos pasan por alto es el proceso de recuperación que éste conlleva. En el caso de la enfermedad, es el resultado de una serie de eventos, los cuales se dan de forma gradual, llevando al organismo a deteriorarse. De igual manera el proceso de recuperación pasa por el mismo proceso para llegar a la rehabilitación total, es por ello que algunos pacientes requieren de más días de internamiento que otros (Cuadro I).

Existen paralelismos notorios dentro de la existencia del ser humano, se observa que en la gran mayoría de los casos, la memoria y retentiva es directamente proporcional al paso de los años; he aquí que el mundo ofrece variadas opciones para mejorar la memoria. Es por ello que el proceso de educación en salud está estrechamente relacionado con un tiempo prudencial o tiempo calificado como válido, éste se da desde la fecha del curso de capacitación y la fecha de la intervención. De ahí la importancia de impartir el proceso de educación durante un período prudente.

Con la idea de favorecer una dinámica practicada por el personal de enfermería durante varias décadas, el proceso de educación en salud impartido a los usuarios de los

Servicios de Cirugía al momento de su egreso requiere ser evaluado a profundidad y replanteado con la idea de darle un nuevo giro y así aumentar su efectividad. Se puede concluir que la totalidad de los usuarios de egreso requerirá de un proceso de educación en salud del más alto nivel, ya que estos usuarios serán los que podrán hacer de ésta su primera experiencia, algo memorable o bien una experiencia traumante y dolorosa. Llama la atención que sólo el 25 % de la población masculina intervenida quirúrgicamente hayan terminado la primaria, ésto obliga a dar mayor importancia al proceso educativo de la cirugía, (Cuadro D).

Desde la intervención más insignificante hasta el procedimiento más complejo, todas las personas pasarán por la etapa de convalecencia en la cuál deberán ganar nuevamente su autonomía para reintegrarse a sus actividades diarias. Para poder lograr ese objetivo es imperativo un adecuado proceso de educación en salud al momento del egreso. Proceso que le permite al usuario y a su familia alterar lo menos posible sus roles y dinámicas sociales, tanto sus quehaceres en el hogar como en el sitio donde laboran. De acuerdo con los resultados obtenidos (Cuadro #2) en esta investigación, el 63% de los usuarios habían experimentado una intervención quirúrgica previa a la intervención al momento de la encuesta. A través de una adecuada capacitación varios de los usuarios que habían sido intervenidos en ocasiones anteriores refirieron haber sido preparados de forma eficaz para su intervención quirúrgica. Esto permite que el paciente refuerce sus conocimientos y técnicas, permitiéndole así reintegrarse con mayor rapidéz a sus actividades cotidianas.

Es aquí donde el enfermero/a asume un papel protagónico en la vida del paciente,

capacitándolo para realizar, o bien, asistir en maniobras que se darán durante el periodo de convalecencia. También, este periodo le permite a la enfermera/o educar al usuario sobre sus derechos con respecto a su diagnóstico y opciones de tratamiento, consecuencias y efectos secundarios. Los resultados de la encuesta (Cuadro #3), refleja que el 88% de los usuarios tenían conocimiento sobre su diagnóstico de egreso; convirtiéndose así en el área que más refleja el proceso adecuado de educación en salud.

Tanto el ambiente como la ubicación deben contribuir a la privacidad y la capacidad del paciente de aumentar su receptividad a la información que se está brindando. Es importante mencionar que afortunadamente Costa Rica cuenta con un excelente programa de educación pública, aún así, se pudo observar usuarios analfabetas, al presentarse esta necesidad especial, permite que la enfermero/a ponga en práctica habilidades que le permitan que el usuario se mantenga a la cabeza al igual que aquellos que no sufren de ésta limitante. También, es importante considerar la posibilidad del manejo de otras técnicas alternativas de comunicación en idiomas, lenguaje LESCO (Lenguaje de Señas Costarricense). Usuarios que presenten esta discapacidad permiten establecer el principio que daría inicio a un programa de educación continua para el personal.

Con estos datos recolectados, en cuanto a la probabilidad de la existencia de una discapacidad, se podría esperar que el enfermero/a tratante plantee una dinámica individualizada del proceso de educación en salud para cada usuario, ya que la discapacidad afecta el desempeño de cada paciente e influir directamente sobre su habilidad de recuperarse satisfactoriamente en un período de tiempo más limitado.

Dentro del área de la escolaridad existen factores que repercuten en la posibilidad

de obtener un mayor grado académico para algunos pacientes, estos factores influyen directamente sobre el nivel de educación en salud que deberá impartir a cada una de ellos o ellas, ya sea por su grado intelectual, como su grado de comprensión y lectura; habilidad de escribir y de leer. Partiendo del hecho que la individualización, ésta debe ser la piedra angular de la planeación del proceso de educación en salud. El enfermero/a podrá hacer uso de las diversas herramientas didácticas y de técnicas de comunicación efectiva para así aumentar el nivel de rendimiento de los usuarios durante la fase de recuperación en sus hogares luego de la intervención quirúrgica.

Mediante el establecimiento de un protocolo de entrevista, evaluación y enseñanza, la enfermero/a sentará las bases para lograr alcanzar los objetivos establecidos desde la primera interacción con el paciente. Esto permitirá que el usuario y su familia disfruten de mayor seguridad en cuanto a su desempeño en el hogar.

Las áreas tales como, curación de herida, signos vitales, aplicación de medicamentos, lavado de manos, higiene postural y nutrición, entre otros, podrían ser explicados y demostrados, esperando que el usuario y su familia cuenten con la habilidad de demostrar el proceso con agilidad y entendimiento de sus propias acciones. En su momento Séneca dijo: “Largo es el camino de la enseñanza por medio de teorías; breve y eficaz por medio de ejemplos”.

Al desconocer las secuelas, consideradas como normales, el usuario no tiene la oportunidad de crecer intelectualmente, lo que lo deshabilita emocionalmente de participar efectivamente en aquellas posibles acciones para controlar todos aquellos efectos que provienen de la administración de la anestesia y de la cirugía misma.

Se observa que existen dos agrupaciones en las cuales se debe enforzar la atención de acuerdo con los resultados observados en el (Cuadro #6) . Dentro del grupo que afirma no saber su padecimiento con un 9% , esto los convierte en una población vulnerable. Algunas de las áreas que pueden llegar a ser influidas son: salud mental y emocional, reacción ante lo desconocido y confrontación ante el dolor. Ahora se debe preguntar, un 3% los usuarios encuestados respondieron negativamente, este es precisamente el grupo de usuarios que debemos retomar para mejorar la educación preoperatoria.

Es importante recalcar que el manejo del dolor, a pesar de ser considerado como un elemento psicosocial, debe ser tomado en cuenta con la misma importancia que la herida quirúrgica y la dieta del usuario, de ser ignorado el paciente podría llegar a ser víctima de la falta de consideración y atención por parte del personal. Por ello la importancia de no delegar una tarea tan importante como lo es la evaluación de la condición del usuario. La ausencia de un adecuado proceso de educación en salud basado en el manejo del dolor, favorecerá a actitudes dentro del área hospitalaria, las que provocarán llamadas constantes por parte del paciente al personal de enfermería. Incapacidad, por parte del paciente, de aplicar técnicas apropiadas para el manejo del dolor. Alteración de los signos vitales, irritabilidad, miedo al sufrimiento y un alto grado de ansiedad.

Los resultados indican (Cuadro #15) con un 88%, que es necesario reconocer que los usuarios de los servicios de cirugía y sus familiares están anuentes a establecer una vía de comunicación con el propósito de mantenerse en contacto con el personal de apoyo. Éste sistema permitirá descentralizar los servicios de consulta en el área hospitalaria, permitiéndole al paciente y su familia ventilar dudas y continuar el proceso de recuperación de forma satisfactoria.

Las encuestas reflejan un rendimiento global del 75% referente al proceso de educación en salud, en las áreas de: conocimiento de su diagnóstico, educación en cuanto a su padecimiento, educación previa a la intervención quirúrgica, información sobre efectos secundarios de la anestesia, manejo del dolor, higiene postural, administración de medicamentos y curación de la herida. De esta forma se puede dar por sentado que este mismo porcentaje es la calificación final del personal de enfermería encargado de impartir el proceso de educación en salud. Es obvio que esta nota no se refiere a fracaso, pero evidentemente se refiere a la necesidad de reevaluación previa a la posibilidad de continuar con el método previamente utilizado para impartir la educación de los pacientes.

Individualmente las tres áreas evaluadas con el porcentaje más alto fueron conocimiento de su diagnóstico con un 88%, curación de la herida con un 86% y finalmente higiene postural con un 85%; aún así, se observó condiciones deficientes a la hora de impartir la educación en salud de acuerdo a las necesidades de cada usuario; se puede concluir que algunos usuarios fueron incapaces de reconocer la importancia de reportar los signos y síntomas de complicaciones de su herida quirúrgica, (**Ver anexo #8, Caso 3**). Independientemente de su posición el usuario que egresa requiere de un plan de educación en salud planeado y personalizado según su condición.

Se concluye que para estar a nivel de aquellos países considerados como potencias mundiales es necesario fomentar un cambio de mentalidad. Dejar de ver al usuario como un "número de cama" y verlo como un ser holístico. Es parte fundamental de la iniciativa de enfermería que rodea un adecuado proceso de educación en salud; burocracia es la barrera intelectual más fuerte que se enfrentará antes de hacer historia. Como todo cambio, hay que prepararse para la resistencia, lo que permite asumir que el esfuerzo valga la pena.

Finalmente, se reconoce que al llegar este punto se dio un aumento en el enriquecimiento intelectual que surgió a causa de la búsqueda de información para esta investigación.

## 5.2 RECOMENDACIONES

Luego del análisis de los resultados del estudio y observación del proceso de educación en salud a los usuarios de los servicios de cirugía del Hospital San Rafael de Alajuela se hacen las siguientes recomendaciones:

- Es necesario continuar con el protocolo de entrevista por parte del personal de enfermería en el pre-operatorio, intra-operatorio y post-operatorio. Durante el pre-operatorio será necesario evaluar analfabetismo, nivel de escolaridad, discapacidad física o mental.
- Crear un protocolo de educación en salud básico y especializado, según las patologías más frecuentes de los Servicios de Cirugía. Dicho programa debe garantizar que los usuarios cuenten con la información adecuada según su especialidad y padecimiento para así poder lograr exitosamente reintegrarse a sus actividades diarias.
- Establecer un período de tiempo máximo (entre el día de la orientación al día de la cirugía), que permita que el proceso de educación en salud se califique como válido. De sobrepasar este periodo el usuario y su familia deberán de retomar el curso.
- Construir una base virtual de educación con accesibilidad a artículos científicos, videos, información de posibles complicaciones presentes en las distintas cirugías, manejo de desechos, realización de curaciones entre otros a través de la colaboración del departamento de Educación en Servicio, coordinadora general de Educación Pre Operatoría, Ministerios de Salud y Telemática.

- Proveer tanto al usuario como a su familia información referente a los signos y síntomas de complicaciones presentes en el post-operatorio y brindar un periodo de tiempo válido para retroalimentación y demostración de técnicas por parte del usuario (de ser posible) y de sus familiares.
- Capacitar al personal de enfermería en el área de comunicación efectiva, reforzando puntos claves, tales como preguntas abiertas, planteo y resolución de dudas, un segundo idioma e incluso el lenguaje LESCO (Lenguaje de Señas Costarricense) mediante talleres de educación continua coordinados por el Departamento de Educación en Servicio del Hospital San Rafael de Alajuela.
- Promover la portación obligatoria del gafete institucional visible. Tomando en cuenta a aquellos usuarios analfabetas, promover que el personal se presente por nombre al paciente y familiares al inicio de cada turno.
- Detallar por medio de diagramas los efectos de la anestesia, fármacos vs dieta y la nutrición a seguir durante el pre-operatorio y post-operatorio para aquellos pacientes analfabetas o de educación primaria básica.
- Utilizar una lista de chequeo de revisión conjunta (paciente & enfermería) para asegurarse de cubrir los puntos claves del proceso de educación en salud.
- Crear una herramienta de evaluación en el área de control de calidad y servicio al cliente para los usuarios de los Servicios de Cirugía mediante la asesoría del Departamento de Estadística y Educación en Servicio del Hospital San Rafael de Alajuela.
- Desarrollar una base de datos basada en egresos recientes y reingresos de usuarios internados en los Servicios de Cirugía. Al mismo tiempo se debería documentar la

última fecha, el enfermero educador y el servicio de internamiento previo al egreso, además de su evaluación hasta dos meses post-operatorio.

### **Cirugía ambulatoria**

- Educar a familiares de los usuarios con respecto a las condiciones que rodean la sala de espera de la unidad: Temperatura, alimentación, orientación de las instalaciones y localización de oficinas por medio de un croquis impreso.
- Importancia de coordinar transporte, el cual es indispensable para el egreso del usuario, ya sea transporte personal o de la Institución.
- Crear un programa de seguimiento, por medio de visitas o llamadas.

# **LISTA DE REFERENCIA**

## LIBROS

- Alvarado, M<sup>a</sup>. Adelia (1997). Principios de la Ética aplicados a la Enfermería. La Uruca, San José: Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social.
- American Psychological Association (2010). Publication Manual of the American Psychological Association. (6 th.) United States of America: American Psychological Association.
- Barrantes, Rodrigo (2010) Investigación, un camino al conocimiento. 1ra Edición. Costa Rica. Editorial Universidad Estatal a Distancia.
- Barrantes, Rodrigo (2010). Paradigmas de la Investigación Científica. Carlos Fco. Zamora-Murillo (1ra Edición), *Investigacion, Un Camino al Conocimiento*. (pp. 64-68). Costa Rica, Editorial Universidad Estatal a Distancia.
- Berman, A., Snyder, S.J., Kozier, B. & Erb, G. (2008). *Fundamentos de enfermería*. (8 ed.) España: PEARSON EDUCACION S.A.
- Feito G., Lydia (SF). Ética profesional de la enfermería, Filosofía del a enfermería como ética del cuidado. España: PPC, Editorial y Distribuidora, SA.
- Gerrish, K. & Lacey, A. (2006). *Investigación en enfermería*. (5 ed.), España: McGraw-Hill Interamericana de España, S.A.U.
- Gerrish, K. & Lacey, A. (2006). Negociaciones de acceso informal. Amanda H. (5 ed.), *Investigación en Enfermería* (pp. 146). España: McGraw-Hill Interamericana de España, S.A.U.
- Gerrish, K. & Lacey, A. (2006). Investigación Cualitativa. Topping A. (5 ed.), *Investigación en Enfermería* (pp. 165-166). España: McGraw-Hill Interamericana de España, S.A.U.
- Gerrish, K. & Lacey, A. (2006). Combinación del enfoque cuantitativo y cualitativo. Topping A. (5 ed.), *Investigación en Enfermería* (pp. 169). España: McGraw-Hill Interamericana de España, S.A.U.
- Gerrish, K. & Lacey, A. (2006). Población de estudio. Procter S. & Allan T. (5 ed.), *Investigación en Enfermería* (pp. 174). España: McGraw-Hill Interamericana de España, S.A.U.
- Gerrish, K. & Lacey, A. (2006). Tipos de muestreo – muestreo no probabilístico. Procter S. & Allan T. (5 ed.), *Investigación en Enfermería* (pp. 176). España: McGraw-Hill Interamericana de España, S.A.U.

- Gerrish, K. & Lacey, A. (2006). Encuentos. McKenna H., Hasson F. & Keeney S. (5 ed.), Investigación en Enfermería (pp. 261). España: McGraw-Hill Interamericana de España, S.A.U.
- Gerrish, K. & Lacey, A. (2006). Elementos a moderar en la entrevista. Tod A. (5 ed.), Investigación en Enfermería (pp. 345-346). España: McGraw-Hill Interamericana de España, S.A.U.
- Gerrish, K. & Lacey, A. (2006). Aspectos éticos de las entrevistas. Tod A. (5 ed.), Investigación en Enfermería (pp. 349-350). España: McGraw-Hill Interamericana de España, S.A.U.
- Gerrish, K. & Lacey, A. (2006). La observación. Watson H. & Whyte R. (5 ed.), Investigación en Enfermería (pp. 383-391). España: McGraw-Hill Interamericana de España, S.A.U.
- Gerrish, K. & Lacey, A. (2006). Análisis cualitativo. Lathlean J. (5 ed.), Investigación en Enfermería (pp. 427). España: McGraw-Hill Interamericana de España, S.A.U.
- Hernández, S. R., Fernández-Collado C. & Batista, L. P. (2006). Muestreo cualitativo (4 ed.), Metodología de la Investigación (pp. 358-359). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Hernández, S. R., Fernández-Collado C. & Batista, L. P. (2006). Muestreo cualitativo (4 ed.), Metodología de la Investigación (pp. 567-571). México: McGraw-Hill Interamericana.
- LeMone, P., & Burke, K. (2009). Anestésia. PEARSON EDUCACION S.A. (4 ed.), Enfermería médicoquirúrgica.(pp.61-64). España: Pearson, Prentice Hall.
- LeMone, P., & Burke, K. (2009). Antibióticos. PEARSON EDUCACION S.A. (4 ed.), Enfermería médicoquirúrgica.(pp.311-312). España: Pearson, Prentice Hall.
- Tomey A. M. & Alligood M. R. (1999) Introducción al análisis de las teorías de enfermería. Tomey A. M. (4 ed.) Modelos y teorías en enfermería (pp. 3). España: Harcourt Brace Publisher International.
- Tomey A. M. & Alligood M. R. (1999) Teoría del déficit de autocuidado. Talor S., Compton A., Eben J. D., Emerson S., Gashti N. N., Tomey A. M., Nation M. J. & Nordmeyer S. B. (4 ed.) Modelos y teorías en enfermería (pp.175-180). España: Harcourt Brace Publisher International.
- Tomey A. M. & Alligood M. R. (1999) Enfermería psicodinámica. Howk C., Brophy G. H., Carey E. T., Noll J., Rasmussen L, Searcy B. & Stark N. L. (4 ed.) Modelos y teorías en enfermería (pp.335-340). España: Harcourt Brace Publisher International.

## FUENTES ELECTRÓNICAS

- Aguilar C. (2011, Abril) Hospital San Rafael de Alajuela, Departamento de Educación [vía correo electrónico].
- Anónimo (n.d.). en *SHARP San Diego's Health Care Leader* Recuperado de <http://www.sharpenespanol.com/healthinfo/content.cfm?pageid=P06135>
- *Auto* (2012, Junio 11). *WordReference, Online Language Dictionaries*. Diccionario de la Lengua Española. Recuperado de <http://www.wordreference.com/definicion/auto>
- Catherine A.B. (2009, Abril 18). Re: La comunicación efectiva [Web log message]. Recuperado de <http://www.monografias.com/trabajos70/comunicación-efectiva/comunicación-efectiva2.shtml>
- CENDEISS (2004). *Introducción a la Educación para la Salud*. Quinta Unidad Modular, pp. 7- 9. Recuperado de <http://www.cendeiss.sa.cr/cursos/quinta.pdf>
- *Cuidado* (2012, Junio 11). *WordReference, Online Language Dictionaries*. Diccionario de la Lengua Española. Recuperado de <http://www.wordreference.com/definicion/cuidado>
- *Didáctico* (2012, Junio 8). *WordReference, Online Language Dictionaries*. Diccionario de la Lengua Española. Recuperado de <http://www.wordreference.com/definicion/didactico>
- *Educación* (2012, Junio 6). *WordReference, Online Language Dictionaries*. Diccionario de la Lengua Española. Recuperado de <http://www.wordreference.com/definicion/educación>
- *Educación para la salud: la importancia del concepto*, Fundación de Investigaciones Sociales A.C., s.f., cuatro párrafos. Recuperado de: [http://www.biomedicina.org.ve/portal/images/stories/2010/EPS/EPS\\_Red\\_Valadez.pdf](http://www.biomedicina.org.ve/portal/images/stories/2010/EPS/EPS_Red_Valadez.pdf)
- EDG, J. (2011) RE: Educación para la salud: la importancia del concepto. Recuperado de <http://www.alcoholinformate.org.mx>
- Guevara M. (Mayo 05, 2011) Técnicas de movilización y traslado de pacientes. Recuperado de: [http://issuu.com/maisaguevara/docs/tecnicas\\_de\\_movilizacion\\_y\\_traslado\\_de\\_paciente\\_de#download](http://issuu.com/maisaguevara/docs/tecnicas_de_movilizacion_y_traslado_de_paciente_de#download)
- Herrera J. (2012) Re: Enseñanza /Educación [mensaje de lista electrónica]. Recuperado de <http://www.frases.org/ensenanza.html>

- Hüttemann. (2011, Julio 4). Re: Los “bloques” fundamentales en la construcción de la música [Web log message] Recuperado de <http://www.teoriasdelsonido.blogspot.com>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos, Censo (2011). Según resultados generales de población y vivienda del censo 2011- inmigración internacional se estabiliza (Reporte). Recuperado de Censo 2011, inec - Costa Rica sitio web: <http://www.inec.go.cr/Web/Home/GeneradorPagina.aspx>
- Penn S. (2012, febrero 1). Re: How to Write a Research Essay Conclusion [Web log message]. Recuperado de [http://www.ehow.com/how\\_6282807\\_write-research-essay-conclusion.html](http://www.ehow.com/how_6282807_write-research-essay-conclusion.html)
- *Postura* (2012, Junio 14). *WordReference, Online Language Dictionaries*. Diccionario de la Lengua Española. Recuperado de <http://www.wordreference.com/definicion/postura>
- ThesisNotes. (2012, Septiembre 13). Re: Scope and Delimitations [Web log message]. Recuperado de <http://thesisnotes.com/thesis-writing/scope-and-delimitations/>
- Universidad de Cantabria (2010). Tema 2. La Educación para la Salud (EpS) (aula virtual). Recuperado de Universidad de Cantabria, vicerrectorado de calidad e innovación educativa: <http://www.ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/promocion-de-la-salud/material-de-clase/tema-1.-la-educacion-para-la-salud-eps>

## ARTÍCULOS

- Anaya-Durand, Alejandro; Anaya-Huertas, Celina. (2010). ¿Motivar para aprobar o para aprender? Estrategias de motivación del aprendizaje para los estudiantes. *Tecnología, Ciencia, Educación*, Sin mes, 5-14.
- Bernal Consuegra, Annia C.. (2011). Programa de lavado de manos: retos y perspectivas. *MediSur*, Sin mes, 79-80.
- Chávez Méndez, Ma. Guadalupe; Daza Sanabria, Juan Carlos. (2003). Reflexión metodológica sobre la aplicación concreta de la Investigación Acción Participativa (IAP) en contextos rurales del estado de Colima. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, junio, 115-146.
- COMPAGNUCCI, ELSA ROSA; CARDOS, PAULA DANIELA. (2006). DISPOSITIVOS DE FORMACIÓN PARA LA ENSEÑANZA EN PSICOLOGÍA. *Praxis Educativa (Arg)*, Sin mes, 29-32.
- GIORDAN, ANDRÉ. (2006). APRENDER, UN PROCESO ESENCIALMENTE COMPLEJO. *Praxis Educativa (Arg)*, Sin mes, 10-12.
- Larrosa, Paulina. (2010). APROXIMACIONES A LAS CONCEPCIONES SOBRE DESARROLLO, CONOCIMIENTO Y EDUCACION ABORDADAS EN EL DISCURSO GUBERNAMENTAL. *Estudios Pedagógicos*, XXXVI, 131-146.
- Legón, Maritza de la Rosa; Vega González, Nelía; Brito Gómez, Lourdes. (2010). El paradigma médico social y la competencia comunicativa del profesional de ciencias médicas. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, Octubre, 433-440.
- Martinicorena, Fernando. (2004). Impacto de la Educación Permanente en Salud en la calidad de las prácticas de atención hospitalaria. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, noviembre, 203-228.
- Ochoa P., Marcelo. (2000). Valoración y manejo perioperatorio. *Revista Colombiana de Anestesiología*, XXVIII, Sin mes.
- Poggi Machuca, Luis; Ibarra Chirinos, Omar. (2007). Manejo del dolor agudo pos quirúrgico. *Acta Médica Peruana*, mayo-agosto, 109-115.
- Rivero Martínez, Nuria; González Acosta Mercedes Niurys; González Barrero, Marylú; Núñez Herrera, Mirtha; Hornedo Jerez, Iris; Rojas Izquierdo, Miladys. (2007). VALORACION ETICA DEL MODELO DE DOROTEA OREM. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, Julio-Septiembre, 1-11.

- Rozo de Arévalo, Clara. (2001). Educación en salud. *Aquichan*, octubre, 46-47.
- Rozo de Arévalo, Clara. (2002). Fundamentos pedagógicos que sustentan el proceso de educación en salud. *Aquichan*, octubre, 27-35.
- Serjan, María A.Saraceni, Liliana. (2005). Higiene en manos. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 158-163.
- Villalta Páuca, Marco Antonio. (2009). ANALISIS DE LA CONVERSACION: UNA PROPUESTA PARA EL ESTUDIO DE LA INTERACCION DIDACTICA EN SALA DE CLASE. *Estudios Pedagógicos*, XXXV, 221-238.
- Villamil Fonseca, Olga Lucía; Nevado Barriga, Nancy. (2005). El autocuidado de la salud una responsabilidad asumida por otros.... *Umbral Científico*, diciembre, 43-52.
- Ysern de Arce, José Luis. (2003). EL EDUCADOR IDEAL. *Horizontes Educativos*, Sin mes, 75-80.
- Zapata, Beatriz Elena; Ceballos, Leonardo. (2010). Opinión sobre el rol y perfil del educador para la primera infancia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, Julio-Diciembre, 1069-1082.

## **ENTREVISTAS**

- Aguilar C. (2012, Abril). Una entrevista por Murillo Y. [Anotaciones]. Educación en Servicio, Hospital San Rafael de Alajuela, Costa Rica.
- Alfaro E. (2012, Junio 8). Una entrevista por Murillo Y. [Anotaciones]. Nutricionista, Alajuela, Costa Rica.
- Alvarado D. (2012, Julio 27). Una entrevista por Murillo Y. [Anotaciones]. Departamento de Terapia Física, APAMAR, Zarcero, Costa Rica.
- Araya L. (2012). Una entrevista a MSc. Araya L./Entrevistado: Murillo Y. Enfermera peri operatoria. Hospital San Juan de Dios, San José, Costa Rica.
- Araya L. (2012). Una entrevista a MSc. Araya L./Entrevistado: Murillo Y. Realizada a pacientes del servicio de mujeres de Oncología /Entrevistador: MSc. Araya L. Hospital San Juan de Dios, San José, Costa Rica.
- Araya M. L., Mora V., Porras J., (2012). Una entrevista a MSc. M. L. Araya, V. Mora, MSc. J. Porras/Entrevistado: Murillo Y. Enfermera Instrumentista y Jefe de Enfermería Sala de Operaciones, Hospital San Juan de Dios. San José, Costa Rica.
- Mena M. Y. (2012, Septiembre 11). Una entrevista por Murillo Y. [Anotaciones]. Coordinadora de énfasis en preescolar y primaria, Escuela de Educación, Universidad Adventista de Centro América, Costa Rica.
- Valverde Mauricio (2012, Febrero 8). Una entrevista a MSc. Valverde M. /Entrevistado: Murillo Y. Dirección de Enfermería, Hospital Nacional Psiquiátrico, San José, Costa Rica.

## **FOLLETO**

- MSc. Jimenez H. S. & Lic. Cascante G. M<sup>a</sup> (2010, Enero). Guía Práctica para el Usuario que Será Sometido a Cirugía/Clínica Oftalmológica-Dirección de Enfermería. Área Publicaciones e Impresos, Caja Costarricense de Seguro Social, Costa Rica.

## **ARCHIVOS**

- Director de enfermería (2004, Enero 14). [Circular, Uniforme Profesionales en Enfermería]. Archivo Educación en Servicio (DCRH 0068-2004, N<sup>o</sup> 112-12-2003, 18 de diciembre del 2003, archivado:25-02-04) Hospital San Rafael de Alajuela, Costa Rica.

## **PERIÓDICO – EDICIÓN ESPECIAL**

- Caja Costarricense Seguro Social. Gerencia Administrativa. Dirección Servicios Institucionales (2010). Manual de uso, trámite y confección de gafetes de identificación para los usuarios (as) de la Caja Costarricense Seguro Social [Artículo N° 5]. Uso del Gafete, 5 – 6.
- Ley 7600 (SF). (1996). Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad [Edición Oficial]. Diario Oficial La Gaceta, N° 102, pp. 11-20.

## **MEDIO AUDIO-VISUAL**

- Santos, I. (Entrevistador), Cisneros, P. (Directora). (2012). Sendero Universal, Parque Nacional Carara [Episodio de serie televisiva]. San José, Costa Rica. Teletica: Televisora de Costa Rica.

## **REVISTA EN LINEA**

- Font Calafell, Anna; Prat Borrás, Imma; Arnau Bartes, Anna; Jesús Torra Feixas, María; Baeza Ransanz, Teodora (2011,). Intervención educativa de enfermería para la gestión del dolor post-operatorio en cirugía mayor ambulatoria: *Enfermería Clínica*, volumen (21), pp. 2, 3. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es/revistas/enfermeria-clinica-35>

## **TESIS**

- Chuquizuta S. S. (2009). La Educación Sexual en los Alumnos de Tercer ciclo del Instituto Centroamericano Adventista, Febrero-Agosto 2009. Universidad Adventista de Centro América, Costa Rica.

# **BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA**

## LIBROS

- Alvarado, M<sup>a</sup>. Adelia (1997). Principios de la Ética aplicados a la Enfermería. La Uruca, San José: Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social.
- American Psychological Association (2010). Publication Manual of the American Psychological Association. (6 th.) United States of America: American Psychological Association.
- Barrantes, Rodrigo (2010) Investigación, un camino al conocimiento. 1ra Edición. Costa Rica. Editorial Universidad Estatal a Distancia.
- Barrantes, Rodrigo (2010). Paradigmas de la Investigación Científica. Carlos Fco. Zamora-Murillo (1ra Edición), *Investigacion, Un Camino al Conocimiento*. (pp. 64-68). Costa Rica, Editorial Universidad Estatal a Distancia.
- Berman, A., Snyder, S.J., Kozier, B. & Erb, G. (2008). *Fundamentos de enfermería*. (8 ed.) España: PEARSON EDUCACION S.A.
- Feito G., Lydia (SF). Ética profesional de la enfermería, Filosofía del a enfermería como ética del cuidado. España: PPC, Editorial y Distribuidora, SA.
- Gerrish, K. & Lacey, A. (2006). *Investigación en enfermería*. (5 ed.), España: McGraw-Hill Interamericana de España, S.A.U.
- Gerrish, K. & Lacey, A. (2006). Negociaciones de acceso informal. Amanda H. (5 ed.), *Investigación en Enfermería* (pp. 146). España: McGraw-Hill Interamericana de España, S.A.U.
- Gerrish, K. & Lacey, A. (2006). Investigación Cualitativa. Topping A. (5 ed.), *Investigación en Enfermería* (pp. 165-166). España: McGraw-Hill Interamericana de España, S.A.U.
- Gerrish, K. & Lacey, A. (2006). Combinación del enfoque cuantitativo y cualitativo. Topping A. (5 ed.), *Investigación en Enfermería* (pp. 169). España: McGraw-Hill Interamericana de España, S.A.U.
- Gerrish, K. & Lacey, A. (2006). Población de estudio. Procter S. & Allan T. (5 ed.), *Investigación en Enfermería* (pp. 174). España: McGraw-Hill Interamericana de España, S.A.U.
- Gerrish, K. & Lacey, A. (2006). Tipos de muestreo – muestreo no probabilístico. Procter S. & Allan T. (5 ed.), *Investigación en Enfermería* (pp. 176). España: McGraw-Hill Interamericana de España, S.A.U.

- Gerrish, K. & Lacey, A. (2006). Encuentos. McKenna H., Hasson F. & Keeney S. (5 ed.), Investigación en Enfermería (pp. 261). España: McGraw-Hill Interamericana de España, S.A.U.
- Gerrish, K. & Lacey, A. (2006). Elementos a moderar en la entrevista. Tod A. (5 ed.), Investigación en Enfermería (pp. 345-346). España: McGraw-Hill Interamericana de España, S.A.U.
- Gerrish, K. & Lacey, A. (2006). Aspectos éticos de las entrevistas. Tod A. (5 ed.), Investigación en Enfermería (pp. 349-350). España: McGraw-Hill Interamericana de España, S.A.U.
- Gerrish, K. & Lacey, A. (2006). La observación. Watson H. & Whyte R. (5 ed.), Investigación en Enfermería (pp. 383-391). España: McGraw-Hill Interamericana de España, S.A.U.
- Gerrish, K. & Lacey, A. (2006). Análisis cualitativo. Lathlean J. (5 ed.), Investigación en Enfermería (pp. 427). España: McGraw-Hill Interamericana de España, S.A.U.
- Hernández, S. R., Fernández-Collado C. & Batista, L. P. (2006). Muestreo cualitativo (4 ed.), Metodología de la Investigación (pp. 567-571). México: McGraw-Hill Interamericana.
- LeMone, P., & Burke, K. (2009). *Enfermería médicoquirúrgica*. (4 ed.) España: PEARSON EDUCACION S.A.
- Tomey A. M. & Alligood M. R. (1999) Introducción al análisis de las teorías de enfermería. Tomey A. M. (4 ed.) Modelos y teorías en enfermería ( 3 ). España: Harcourt Brace Publisher International.
- Tomey A. M. & Alligood M. R. (1999) Teoría del déficit de autocuidado. Talor S., Compton A., Eben J. D., Emerson S., Gashti N. N., Tomey A. M., Nation M. J. & Nordmeyer S. B. (4 ed.) Modelos y teorías en enfermería (175–180). España: Harcourt Brace Publisher International.
- Tomey A. M. & Alligood M. R. (1999) Enfermería psicodinámica. Howk C., Brophy G. H., Carey E. T., Noll J., Rasmussen L, Searcy B. & Stark N. L. (4 ed.) Modelos y teorías en enfermería (335–340). España: Harcourt Brace Publisher International.

## FUENTES ELECTRÓNICAS

- Aguilar C. (2011, Abril) Hospital San Rafael de Alajuela, Departamento de Educación [vía correo electrónico].
- Anónimo (n.d.). en *SHARP San Diego's Health Care Leader* Recuperado de <http://www.sharpenespanol.com/healthinfo/content.cfm?pageid=P06135>
- Catherine A.B. (2009, Abril 18). Re: La comunicación efectiva [Web log message]. Recuperado de <http://www.monografias.com/trabajos70/comunicación-efectiva/comunicación-efectiva2.Shtml>
- CENDEISS (2004). *Introducción a la Educación para la Salud*. Quinta Unidad Modular, pp. 7- 9. Recuperado de <http://www.cendeiss.sa.cr/cursos/quinta.pdf>
- *Educación para la salud: la importancia del concepto*, Fundación de Investigaciones Sociales A.C., s.f., cuatro párrafos, Recuperado de: [http://www.biomedicina.org.ve/portal/images/stories/2010/EPS/EPS\\_Red\\_Valadez.pdf](http://www.biomedicina.org.ve/portal/images/stories/2010/EPS/EPS_Red_Valadez.pdf)
- EDG, J. (2011) RE: Educación para la salud: la importancia del concepto. Recuperado de <http://www.alcoholinformate.org.mx>
- Herrera J. (2012) Re: Enseñanza /Educación [mensaje de lista electrónica]. Recuperado de <http://www.frases.org/ensenanza.html>
- Hüttemann. (2011, Julio 4). Re: Los “bloques” fundamentales en la construcción de la música [Web log message] Recuperado de <http://www.teoriasdelsonido.blogspot.com>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos, Censo (2011). Según resultados generales de población y vivienda del censo 2011- inmigración internacional se estabiliza (Reporte). Recuperado de Censo 2011, inec - Costa Rica sitio web: <http://www.inec.go.cr/Web/Home/GeneradorPagina.aspx>
- Miriam B. Re: técnicas didácticas [Web log message]. Recuperado de <http://www.monografias.com/trabajos16/tecnicas-didacticas/tecnicas-didacticas.shtml>
- Universidad de Cantabria (2010). Tema 2. La Educación para la Salud (EpS) (aula virtual). Recuperado de Universidad de Cantabria, vicerrectorado de calidad e innovación educativa: <http://www.ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/promocion-de-la-salud/material-de-clase/tema-1.-la-educacion-para-la-salud-eps>
- Guevara M. (Mayo 05, 2011) Técnicas de movilización y traslado de pacientes. Recuperado de:

[http://issuu.com/maisaguevara/docs/tecnicas\\_de\\_movilizacion\\_y\\_traslado\\_de\\_paciente\\_de#download](http://issuu.com/maisaguevara/docs/tecnicas_de_movilizacion_y_traslado_de_paciente_de#download)

- Penn S. (2012, febrero 1). Re: How to Write a Research Essay Conclusion [Web log message]. Recuperado de [http://www.ehow.com/how\\_6282807\\_write-research-essay-conclusion.html](http://www.ehow.com/how_6282807_write-research-essay-conclusion.html)
- ThesisNotes. (2012, Septiembre 13). Re: Scope and Delimitations [Web log message]. Recuperado de <http://thesisnotes.com/thesis-writing/scope-and-delimitations/>

## ARTÍCULOS

- Anaya-Durand, Alejandro; Anaya-Huertas, Celina. (2010). ¿Motivar para aprobar o para aprender? Estrategias de motivación del aprendizaje para los estudiantes. *Tecnología, Ciencia, Educación*, Sin mes, 5-14.
- Baraboglia, E. R.. (2010). Caso PATITA (de cirugía traumatológica, asepsia, microbiología). *REDVET. Revista Electrónica de Veterinaria*, Mayo-Sin mes, 1-31.
- Bernal Consuegra, Annia C.. (2011). Programa de lavado de manos: retos y perspectivas. *MediSur*, Sin mes, 79-80.
- Chávez Méndez, Ma. Guadalupe; Daza Sanabria, Juan Carlos. (2003). Reflexión metodológica sobre la aplicación concreta de la Investigación Acción Participativa (IAP) en contextos rurales del estado de Colima. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, junio, 115-146.
- COMPAGNUCCI, ELSA ROSA; CARDOS, PAULA DANIELA. (2006). DISPOSITIVOS DE FORMACIÓN PARA LA ENSEÑANZA EN PSICOLOGÍA. *Praxis Educativa (Arg)*, Sin mes, 29-32.
- García Nieto, Hilario; López Blanco, Jorge; Moreno Sánchez, Rafael; García Daguer, Rolando R.. (2000). Delimitación y caracterización de las tierras con uso inadecuado para la agricultura en el Distrito de Desarrollo Rural 004, Celaya, Guanajuato. *Terra Latinoamericana*, enero-marzo, 11-25.
- GIORDAN, ANDRÉ. (2006). APRENDER, UN PROCESO ESENCIALMENTE COMPLEJO. *Praxis Educativa (Arg)*, Sin mes, 10-12.
- Larrosa, Paulina. (2010). APROXIMACIONES A LAS CONCEPCIONES SOBRE DESARROLLO, CONOCIMIENTO Y EDUCACION ABORDADAS EN EL DISCURSO GUBERNAMENTAL. *Estudios Pedagógicos*, XXXVI, 131-146.
- Legón, Maritza de la Rosa; Vega González, Nelía; Brito Gómez, Lourdes. (2010). El paradigma médico social y la competencia comunicativa del profesional de ciencias médicas. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, Octubre, 433-440.
- López Pérez, José Pedro. (2009). MICROBIOLOGÍA BÁSICA EN LA EDUCACIÓN SECUNDARIA OBLIGATORIA: EL LAVADO DE LAS MANOS. *Revista Eureka sobre Enseñanza y Divulgación de las Ciencias*, 319-324.

- Martinicorena, Fernando. (2004). Impacto de la Educación Permanente en Salud en la calidad de las prácticas de atención hospitalaria. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, noviembre, 203-228.
- Ochoa P., Marcelo. (2000). Valoración y manejo perioperatorio. *Revista Colombiana de Anestesiología*, XXVIII, Sin mes.
- Poggi Machuca, Luis; Ibarra Chirinos, Omar. (2007). Manejo del dolor agudo pos quirúrgico. *Acta Médica Peruana*, mayo-agosto, 109-115.
- Rivero Martínez, Nuria; González Acosta, Mercedes Niurys; González Barrero, Marylú; Núñez Herrera, Mirtha; Hornedo Jerez, Iris; Rojas Izquierdo, Miladys. (2007). VALORACION ETICA DEL MODELO DE DOROTEA OREM. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, Julio-Septiembre, 1-11.
- Rozo de Arévalo, Clara. (2001). Educación en salud. *Aquichan*, octubre, 46-47.
- Rozo de Arévalo, Clara. (2002). Fundamentos pedagógicos que sustentan el proceso de educación en salud. *Aquichan*, octubre, 27-35.
- Serjan, María A.; Saraceni, Liliana. (2005). Higiene en manos. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 158-163.
- Villalta Páuca, Marco Antonio. (2009). ANALISIS DE LA CONVERSACION: UNA PROPUESTA PARA EL ESTUDIO DE LA INTERACCION DIDACTICA EN SALA DE CLASE. *Estudios Pedagógicos*, XXXV, 221-238.
- Villamil Fonseca, Olga Lucía Nevado Barriga, Nancy. (2005). El autocuidado de la salud una responsabilidad asumida por otros.... *Umbral Científico*, diciembre, 43-52.
- Ysern de Arce, José Luis. (2003). EL EDUCADOR IDEAL. *Horizontes Educativas*, Sin mes, 75-80.
- Zapata, Beatriz Elena; Ceballos, Leonardo. (2010). Opinión sobre el rol y perfil del educador para la primera infancia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, Julio-Diciembre, 1069-1082.

## **ENTREVISTAS**

- Aguilar C. (2012, Abril). Una entrevista por Murillo Y. [Anotaciones]. Educación en Servicio, Hospital San Rafael de Alajuela, Costa Rica.
- Alfaro E. (2012, Junio 8). Una entrevista por Murillo Y. [Anotaciones]. Nutricionista, Alajuela, Costa Rica.
- Alvarado D. (2012, Julio 27). Una entrevista por Murillo Y. [Anotaciones]. Departamento de Terapia Física, APAMAR, Zarcero, Costa Rica.
- Araya L. (2012). Una entrevista a MSc. Araya L./Entrevistado: Murillo Y. Realizada a pacientes del servicio de mujeres de Oncología /Entrevistador: MSc. Araya L. Hospital San Juan de Dios, San José, Costa Rica.
- Araya M. L., Mora V., Porras J., (2012). Una entrevista a MSc. M. L. Araya, V. Mora, MSc. J. Porras/Entrevistado: Murillo Y. Enfermera Instrumentista y Jefe de Enfermería Sala de Operaciones, Hospital San Juan de Dios. San José, Costa Rica.
- Araya L. (2012). Una entrevista a MSc. Araya L./Entrevistado: Murillo Y. Enfermera peri operatoria. Hospital San Juan de Dios, San José, Costa Rica.
- Mena M. Y. (2012, Septiembre 11). Una entrevista por Murillo Y. [Anotaciones]. Coordinadora de énfasis en preescolar y primaria, Escuela de Educación, Universidad Adventista de Centro América, Costa Rica.
- Valverde M. (2012, Febrero 8). Una entrevista a MSc. Valverde M. /Entrevistado: Murillo Y. Dirección de Enfermería, Hospital Nacional Psiquiátrico, San José, Costa Rica.

## **FOLLETO**

- MSc. Jimenez H. S. & Lic. Cascante G. M<sup>a</sup> (2010, Enero). Guía Práctica para el Usuario que Será Sometido a Cirugía/Clínica Oftalmológica-Dirección de Enfermería. Área Publicaciones e Impresos, Caja Costarricense de Seguro Social, Costa Rica.

## **ARCHIVOS**

- Director de enfermería (2004, Enero 14). [Circular, Uniforme Profesionales en Enfermería]. Archivo Educación en Servicio (DCRH 0068-2004, N<sup>o</sup> 112-12-2003, 18 de diciembre del 2003, archivado:25-02-04) Hospital San Rafael de Alajuela, Costa Rica.

## **PUBLICACIÓN PERIÓDICA – EDICIÓN ESPECIAL**

- Caja Costarricense Seguro Social. Gerencia Administrativa. Dirección Servicios Institucionales (2010). Manual de uso, trámite y confección de gafetes de identificación para los usuarios (as) de la Caja Costarricense Seguro Social [Artículo N<sup>o</sup> 5]. Uso del Gafete, 5 – 6.

## **MEDIO AUDIO-VISUAL**

- Santos, I. (Entrevistador), Cisneros, P. (Directora). (2012). Sendero Universal, Parque Nacional Carara [Episodio de serie televisiva]. San José, Costa Rica. Teletica: Televisora de Costa Rica.

## **REVISTA EN LINEA**

- Font Calafell, Anna; Prat Borrás, Imma; Arnau Bartes, Anna; Jesús Torra Feixas, María; Baeza Ransanz, Teodora (2011,). Intervención educativa de enfermería para la gestión del dolor post-operatorio en cirugía mayor ambulatoria: *Enfermería Clínica*, volumen (21), pp. 2, 3. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es/revistas/enfermeria-clinica-35>

## **TESIS**

- Chuquizuta S. S. (2009). La Educación Sexual en los Alumnos de Tercer ciclo del Instituto Centroamericano Adventista, Febrero-Agosto 2009. Universidad Adventista de Centro América, Costa Rica.

# ANEXOS

**Anexo # 1**  
**Entrevista Peri - operatoria**  
**Hospital San Juan de Dios**

## **Anexo #2**

### **Instrumento de recolección de datos**

## CUESTIONARIO

El presente cuestionario pretende analizar el nivel de Educación en Salud que tienen los usuarios de los servicios de Cirugía al egresar del Hospital San Rafael de Alajuela.

Le solicitamos su colaboración de la manera más sincera en la respuesta a las preguntas formuladas. La información brindada es totalmente anónima y confidencial.

El objetivo de este trabajo pretende cumplir con el requisito para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Adventista de Centroamérica.

Agradecemos su comprensión y colaboración en la realización de nuestro trabajo.

Bach. T.Yoela Murillo Christian

Muchas Gracias.

## INDICACIONES

Marque con "X" y complete los espacios donde corresponda

Edad \_\_\_\_\_

Sexo: Femenino  Masculino

Ocupación: \_\_\_\_\_

Escolaridad: Primaria Completa  Incompleta

Secundaria Completa  Incompleta

Universidad Completa  Incompleta

Estado Civil: Casado(a)  Soltero(a)  Viudo(a)  Divorciado(a)

Unión Libre

Domicilio: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_

¿En qué servicio estuvo internado(a)?

Cirugía Mujeres  Cirugía Hombres  Cirugía Ortopedia

¿Cuántos días estuvo internado(a)? \_\_\_\_\_

Cirugía Ambulatoria

1. ¿Padece de alguna discapacidad física que le impida moverse adecuadamente, incluso antes de ser sometido a esta cirugía?

Si  No

En caso de contestar si, ¿cuál/es? \_\_\_\_\_

2. ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente en otra ocasión?

Si  No

En caso de contestar si, mencione su diagnóstico de egreso

(de qué lo/la operaron) \_\_\_\_\_

3. ¿Conoce su diagnóstico o enfermedad que padece?

Si  No

4. El personal de enfermería, ¿le explicó cuál es su padecimiento?

Si  No

5. ¿La Enfermera (o) le brindó información sobre acciones a realizar (ejemplo: estar en ayuno, orinar, defecar) antes de la cirugía?

Si  No

6. ¿La Enfermera (o) le brindó educación con respecto al procedimiento quirúrgico realizado es decir, en qué consiste su cirugía?

Si

No

7. ¿Recibió por parte de la Enfermera (o) orientación sobre los efectos de la anestesia, por ejemplo: produce náuseas y puede vomitar, o se puede sentir mareado(a)?

Si

No

8. ¿La Enfermera (o) le educó sobre el manejo del dolor, cómo respirar, o si debe tomar algún medicamento?

Si

No

9. ¿La Enfermera (o) le explicó técnicas o maneras de movilizarse después de la cirugía, como por ejemplo: levantarse despacio?

Si

No

10. ¿La Enfermera (o) le educó sobre los cuidados de la herida como por ejemplo: qué hacer cuando se baña, cómo curarse la herida y con qué materiales, dónde y cuándo asistir a retirarse los puntos?

Si

No

11. ¿El personal de Enfermería le explicó durante cuánto tiempo debe tomar su medicamento para dolor y antibióticos?

Si

No

12. ¿Está satisfecho con la educación que se le brindó antes de la intervención quirúrgica por parte de la Enfermera (o) del servicio?

Si

No

13. ¿Conoce el nombre de la enfermera (o) al presentarse a usted como jefe (a) encargado del servicio?

Si

No

14. ¿Hay alguna duda o sugerencia que usted crea conveniente se le deba explicar o mejorar?

Si

No

En caso de contestar si, ¿cuál/es? \_\_\_\_\_

15. ¿Le gustaría que se le contacte después de haber salido del hospital por un profesional de Enfermería para evaluar su condición de salud?

Si

No

## **Anexo #3**

# **Material de educación en salud, Hospital San Rafael de Alajuela**

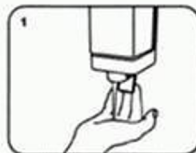
**Anexo # 4**  
**Lavado de manos**

# Como lavarse las manos con agua y jabón de una forma correcta

 Duración del proceso: 40 a 60 segundos



0 Humeceza las manos con agua



1 Aplique suficiente jabón para cubrir toda la superficie de las manos.



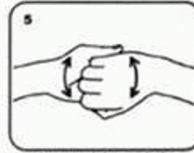
2 Frote sus manos palma con palma.



3 Coloque la mano derecha encima del dorso de la mano izquierda, entrelazando los dedos. Y viceversa.



4 Ahora entrelace los dedos palma con palma.



5 Apoye el dorso de los dedos contra las palmas de las manos con los dedos entrelazados



6 Apriete el pulgar izquierdo con la mano derecha, frote circularmente has lo mismo con la otra mano.



7 Frote circularmente hacia atrás y hacia delante, con la yema de los dedos de la derecha para con la izquierda y viceversa.



8 Enjuague con agua.



9 Seque las manos con una toalla desechable



10 Use la toalla para cerrar la llave del agua.



11 Manos limpias protegen nuestra salud.

**Anexo #5**  
**Higiene Postural**

## HIGIENE POSTURAL

### DE PIE



- Repartir el peso del cuerpo en ambos pies teniendo las piernas estiradas.
- Mantener la espalda recta, respetando la curvatura natural de la espalda y la cabeza con la vista al frente.

### SENTADO



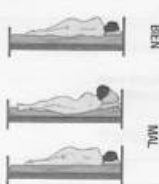
- Apoyar los dos pies en el suelo y mantener las rodillas flexionadas en un ángulo de unos 90°.
- Sentarse hacia atrás de la silla, no en la punta, para así reposar la espalda en el respaldo y proteger la zona lumbar.
- Procurar tener siempre la espalda lo más recta posible sin encorvarla.

### TRABAJANDO



- Ya sea de pie o sentado hay que tener muy en cuenta la altura de la mesa y la distancia entre nosotros y la misma para no estar inclinados, manteniendo la espalda recta.

### DURMIENDO



- Debemos elegir un colchón de dureza media. Un colchón muy blando hace que el cuerpo se hunda en él y la columna se curve y uno excesivamente duro no respeta las formas naturales del cuerpo.
- Las almohadas no deben ser demasiado altas para evitar tener el cuello inclinado.

### LEVANTAR Y TRASPORTAR CARGAS

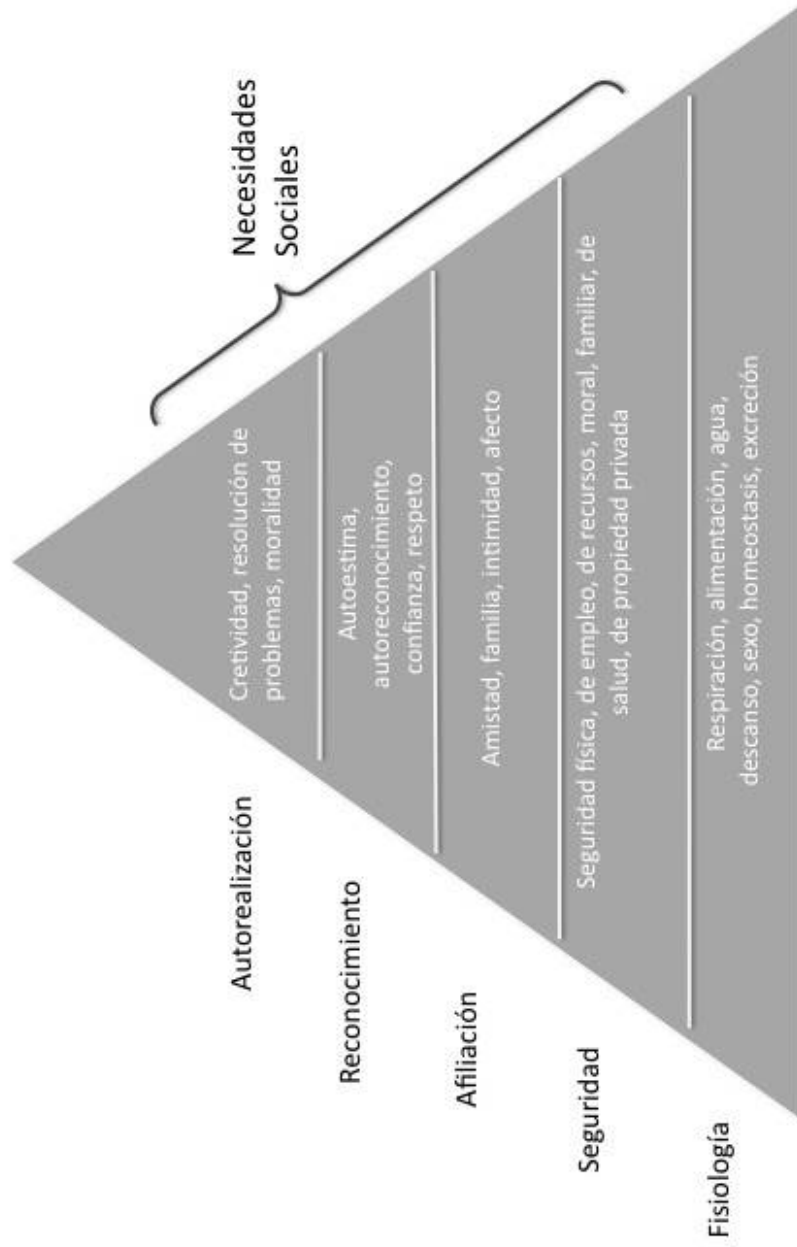


- Para transportar cualquier objeto pesado como bolsas, mochilas... se debe evitar cargarlo en un solo lado del cuerpo, siempre se debe transportar equilibrando el peso en los dos lados del cuerpo, para evitar la curvatura de la espalda.
- Para levantar una carga de manera correcta debemos:
  - Colocarnos con los pies separados a nivel de los hombros y lo más cerca posible de la carga.
  - Flexionar la espalda (agacharnos) y tomar la carga.
  - Una vez elevada debemos mantenerla siempre cercana al cuerpo y nunca hacer giras de columna con la carga en los brazos.



**Anexo # 6**  
**Piramide de Maslow**

# Pirámide de Maslow



**Anexo # 7**

**Ley 7600**

**Igualdad de Oportunidades para las Personas  
con Discapacidad**

**Anexo # 8**  
**Notas de Campo**

Notas de campo tomadas por Murilo, T. Yoela (2012) durante la observación del proceso de educación en salud durante la fase de egreso de los usuarios de los servicios de cirugía del Hospital San Rafael de Alajuela.

### **Fase de egreso – nivel de alfabetización**

Educar al paciente y su familia es importante, no importa cuál sea el método utilizado para dotarlos con las herramientas necesarias para enfrentar el proceso de recuperación.

### **Estudio de caso 1**

10.15: La estudiante de enfermería A (estudiante participante) procede a evaluar el nivel de escolaridad del usuario previo a la entrega del cuestionario. Se ubica en el vestidor de los pacientes, los cuales proceden de la sala de recuperación.

En el vestidor se encuentran varios pacientes, los cuales proceden de la sala de recuperación. El paciente se encuentra con su familiar el cuál le ayuda a vestirse, ya que este no se puede agachar por la cirugía ocular que le realizaron. El vocabulario utilizado por los miembros de este núcleo es en realidad limitado, su dentadura con faltante de piezas y residuos de alimentos; sus manos maltratadas, agrietadas con notables muestras de tierra. Es evidente que este paciente es trabajador del campo. Luego de vestirse el usuario se sienta en la silla de ruedas para esperar por mayores indicaciones. La estudiante le pregunta si sabe leer y escribir a lo cuál este responde que no.

El usuario es incapaz de responder el instrumento por sí solo, de igual forma no será capaz de manejar la papelería del hospital que se le entregará en pocos minutos.

## **Fase de egreso – contestación de la encuesta**

Educar al paciente y su familia es importante, se deberá evaluar la edad, escolaridad, discapacidades o todas aquellas situaciones que intervengan en el proceso efectivo de educación en salud.

## **Estudio de caso 2**

9:10: La estudiante de enfermería B (estudiante participante) procede a observar el proceso de educación en salud brindado por el auxiliar de enfermería del HSRA, recibido por un adulto mayor.

El paciente se encuentra sentado en su cama, ya se vistió y está esperando que le den la orden para poder irse a su casa. La estudiante se acerca y la pregunta si le dieron la salida para ese día, a lo cuál el paciente responde afirmativamente; seguidamente le pregunta si ya le brindaron la educación en salud a lo cuál el paciente responde negativamente. Inmediatamente el auxiliar de enfermería entra a la habitación, se acerca al paciente y procede a brindarle la educación en salud; se le explica la papelería de forma rápida, luego de menos de dos minutos se concluye con el proceso de educación en salud, el auxiliar de enfermería se retira y seguidamente se le pregunta si comprendió las instrucciones que se le dieron, el paciente responde negativamente.

El usuario no está listo para distribuir la papelería en los distintos departamentos en el orden indicado para darle seguimiento a su condición actual.

### **Fase de egreso – nivel de educación en salud**

Educar al paciente y su familia es importante, se deberá evaluar si el usuario es capaz de interpretar y verbalizar lo que aprendió durante el proceso de educación en salud con el propósito de evitar complicaciones derivadas de la falta de conocimiento y manejo de técnicas.

### **Estudio de caso 3**

12.00: La estudiante de enfermería B (estudiante participante) procede a entablar una conversación con una paciente que había egresado la semana anterior.

Mientras se recogían las encuestas respondidas por otras pacientes del servicio de cirugía de mujeres, la estudiante de enfermería reconoce a una paciente que había sido dada de alta en días anteriores. Se acerca y la pregunta a la paciente ¿que pasó?, ¿por qué está nuevamente internada?, la paciente le responde que su herida quirúrgica se contaminó en la casa. Manifestó que le dio mucha fiebre, dolor y que un líquido amarillo salía de la herida por cinco días. Manifestó que no vino a consultar por miedo a molestar y que el personal de salud la regañara, de igual forma la regañaron. La estudiante le preguntó si había recibido el proceso de educación en salud a lo cuál ella respondió negativamente.

El usuario es incapaz de reconocer la importancia de reportar los signos y síntomas de complicaciones de su herida quirúrgica.

## **Fase de egreso – comunicación efectiva**

Educar al paciente y su familia es importante, se deberá evaluar todas aquellas barreras que impidan que este proceso se lleve a cabo de forma efectiva.

### **Estudio de caso 4**

11.00: La estudiante de enfermería A (estudiante participante) procede a localizar a un paciente de la lista de los usuarios de egreso del servicio de cirugía de hombres del Hospital San Rafael de Alajuela.

La estudiante de enfermería se acerca a la estación y habla con la jefa de turno. Le pregunta por la lista de los usuarios de egreso, y la enfermera jefe responde enfáticamente, ahí está la lista, el paciente de la cama \_\_ “es sordillo”, a ver cómo se la juegan para hablar con él”, nadie sabe cómo hablarle. Al acercarse a la cama el usuario denota un semblante decaído, silencioso. La estudiante procede a hablarle en lenguaje LESCO (Lenguaje de Señas Costarricense), el usuario se incorpora efusivamente e inicia una conversación muy amena con la estudiante A. El personal de enfermería se ve sorprendido ante la vivacidad y reacción del paciente.

El proceso de educación en salud debe incluir personal de apoyo calificado para brindar un servicio individualizado y calificado a los usuarios de egreso.

## **Fase de egreso – material didáctico**

El método utilizado para llevar a cabo el proceso de educación del paciente y su familia es importante, se deberá contemplar aquellos factores que impidan que este proceso se de en forma efectiva.

### **Estudio de caso 5**

2.00: Las estudiantes de enfermería A y B (estudiantes participantes) proceden a entablar una conversación con la persona encargada del departamento de educación peri-operatoria.

¿Cuentan con algún material que cubra las necesidades educativas de los diversos pacientes que atienden en los servicios de cirugía?, a continuación la enfermera encargada del departamento proporciona material únicamente escrito utilizado para el proceso de educación en salud al paciente de egreso de cirugía.

La *Ley 7600, Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad*, brinda las pautas a seguir por el personal de enfermería para los usuarios analfabetas y no videntes o con discapacidad auditiva, los cuales serán incapaces de leer el material, comprender y prepararse para el proceso de recuperación.

## **Análisis de notas de campo**

Los usuarios de egreso contestaron positivamente a la interrogante referente al proceso de educación en salud. Aún así las evidencias demuestran que es notable que este proceso está abierto para que se lleguen a implementar mejoras significativas en aspectos como la planificación, individualización en el trato y enseñanza del usuario y del personal que brinda la evaluación y atención.

# CARTAS

**Carta #1**  
**Solicitud de aprobación de tema**

## **Carta # 2**

# **Solicitud de permiso para realizar investigación**

## **Carta # 3**

### **Autorización para realizar investigación**

**Carta # 4**  
**Solicitud de instrumento para**  
**recolección de datos**

## **Carta # 5**

**Carta de retiro del proyecto por parte de la  
compañera participante en la investigación**

**Carta # 6**  
**Carta de finalización de tesis**

## DEFINICIÓN DE TÉRMINOS USADOS

La lista de Defición de Ternimos pretende brindar una herramienta para todo aquel lector el cual no está familiarizado con la terminología relacionada con la Educación en Salud. Pretende facilitar la lectura a través de un orden alfabético y deficiones claras.

- Adherencia: Calidad de pegarse o de permanecer fijado con firmeza. Banda de tejido cicatricial que une dos superficies anatómicas normalmente separadas entre sí. Las adherencias son más frecuentes en el abdomen, y aparecen después de una cirugía abdominal previa, un proceso inflamatorio o una lesión.
- Agilizar: Hacer ágil, dar facilidad para ejecutar alguna cosa.
- Agilizar: Agilizar
- Alfabetización sanitaria: Efecto de alfabetizar relativo a la sanidad.
- Alfabetización: Acción y efecto de alfabetizar.
- Alfabetizar: Enseñar a leer y a escribir a los analfabetos de un país.
- Aprehender: Captar, asimilar, percibir, comprender, concebir, distinguir, imaginar, interpretar, discernir.
- ATAP: Asistente Técnico en Atención Primaria
- Atención de primer nivel: Son acciones establecidas para otorgar atención integral familiar a través de la consulta médica, revisando y actualizando los expedientes así como el control de los pacientes tratados, coordinar y participar en la elaboración de programas anuales de su unidad, efectuar vigilancia epidemiológica, realizar visitas domiciliarias, participar en actividades de educación para la salud en la comunidad.

- Atención primaria: Nivel básico de atención sanitaria que abarca programas dirigidos a la promoción de la salud, al diagnóstico precoz de la enfermedad o discapacidad y a la prevención de la enfermedad.
- Auto-cuidado: Capacidad de realizar las actividades físicas más básicas y las actividades del cuidado personal.
- C.C.S.S. : Caja Costarricense del Seguro Social
- Calidez: Afectividad, cariño, cordialidad, amabilidad, sonrisa y cortesía para los clientes o usuarios.
- CENDEISS: Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social
- Comité de Bioética: Grupo de profesionales creado en un hospital que tiene obligaciones de naturaleza moral para revisar los proyectos de investigación biológica y sus aplicaciones en la institución.
- Compensación: Igualar algo. En medicina busca compensar los resultados inadecuados de un estudio medicinal a través del uso de una medicina para poder así equilibrarlos.
- Compromiso de gestión: Se define como el acuerdo entre partes que define y evalúa la relación entre la asignación de recursos y la producción en salud, tipificada con criterios de calidad y oportunidad, en respuesta a las necesidades y problemas de salud de la población.
- Concienciación: Acción de concienciar a alguien o de concienciarse.

- Concienciar: Hacer que alguien sea consciente de algo, que lo conozca y sepa de su alcance.
- Connotación: Acción y efecto de connotar, (que conlleva, además de su significado específico, otro de tipo apelativo o expresivo). La connotación de una palabra o frase, por lo tanto, sugiere un significado añadido y diferente al suyo propio.
- Contraparte: Es el que tiene un interés opuesto a la parte.
- Contrarreferencia: Es el procedimiento administrativo mediante el cual el médico tratante del Centro Asistencial de destino retorna la responsabilidad del manejo médico del paciente a su Centro Asistencial de origen.
- Convaleciente: Persona que pasa por un período de recuperación tras una enfermedad, lesión o intervención quirúrgica.
- Crítico: Decisivo, preciso, oportuno: momento crítico.
- Cuidado directo: Cuidados de un paciente, proporcionados en persona por un miembro del equipo de enfermería.
- Dar a luz: Se dice del proceso del parto, parir lo concebido.
- Deambular: Andar, caminar sin dirección determinada; pasear.
- Descompensación: Ruptura del equilibrio conseguido por la compensación.
- Desestructuración: Desorganización.
- Desorganización: Desorden total, carencia de organización

- Destreza: Habilidad, arte, primor o propiedad con que se hace una cosa.
- Diagnóstico: Perteneciente o relativo a la diagnosis. Conjunto de signos que sirven para fijar el carácter peculiar de una enfermedad. Calificación que da el médico a la enfermedad según los signos que advierte.
- EBAIS: Equipos Básicos de Atención Integral en Salud
- Edema: Significa hinchazón causada por la acumulación de líquido en los tejidos del cuerpo. Suele ocurrir en los pies, los tobillos y las piernas, pero puede afectar todo el cuerpo.
- Educación: Acción o efecto de educar.
- Educación en salud: Es el proceso de educar acerca de salud.
- Educación para la salud: La educación para la salud es un proceso que aborda no solamente la transmisión de la información en salud, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y el autoestima necesarios para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud, en ello se incluye la información que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo, así como su contraparte.
- Efectividad: Capacidad o habilidad que puede demostrar una persona, un animal, una máquina, un dispositivo o cualquier elemento para obtener determinado resultado a partir de una acción.

- Eritema: Se le llama a la inflamación superficial de la piel como consecuencia del exceso de riego sanguíneo que provocará vasodilatación y que es acompañada por manchas rojas. Indica la presencia de una inflamación.
- Gratificación: Galardón o recompensa pecuniaria de un servicio eventual.
- Hipertensión: Tensión excesivamente alta de la sangre en el aparato circulatorio.
- Holístico: Relativo o perteneciente al todo; que considera todos los factores, como la medicina holística.
- HNP: Hospital Nacional Psiquiátrico
- HSRA: Hospital San Rafael de Alajuela.
- Interdisciplinario: Que establece relaciones en varias ciencias o disciplinas.
- Interniveles: En educación, la articulación entre niveles debe ser la construcción en común de puentes necesarios entre los saberes previos y los nuevos. Por eso el concepto de articulación se refiere a la unión o enlace entre partes. Esto supone reconocer que las partes son distintas entre sí y a la vez forman parte de un todo.
- Joint Committee on Health Education and Promotion Terminology: Comisión Conjunta sobre Educación Sanitaria y Promoción de Terminología.
- LESCO: Lenguaje de Señas Costarricense
- Lineamientos: Directrices específicas que facilitan la orientación operativa a través de la cual se pretende llegar al cumplimiento de los objetivos.

- Maduración: Acción y efecto de madurar o madurarse.
- Mecánica corporal: Campo de la fisiología que estudia las acciones musculares y la función de los músculos para mantener la postura del cuerpo.
- Movilización progresiva: Es una serie de ejercicios pasivos suaves que se realizan al paciente y que van incrementando la intensidad gradualmente hasta realizar movimientos activos.
- Ostmías: Sufijo que alude a 'realizar una nueva comunicación' o relativo a 'abertura similar a la boca', ejemplo: colostomía, traqueostomía.
- Paciente esquizofrénico: Usuario que presenta los siguientes síntomas: grave deformación de la realidad, trastornos del lenguaje y de la comunicación, abandono de la interacción social y desorganización y fragmentación del pensamiento, la percepción y las reacciones emocionales.
- Parámetros: Valor o constante utilizado para describir o medir una serie de datos que representan una función o sistema fisiológico.
- Patología: Parte de la medicina que trata el estudio de las enfermedades.
- Patrón: Un patrón es cualquier cosa que actúa como modelo o guía de la cual creamos actividades repetidas.
- Patrones de vida: Es la manera de comportarse, o una combinación de acciones y cualidades de un individuo.

- Pensamiento crítico: Proceso cognitivo o formación de conceptos mentales decisivos, precisos y oportunos.
- Pensamiento: Proceso cognitivo de formar imágenes o conceptos mentales.
- Pericia: Sabiduría, práctica, experiencia y habilidad en una ciencia o arte.
- Post-operatorio: Relativo o perteneciente al período de tiempo tras la cirugía. Comienza con la salida del paciente de la anestesia y continúa durante un tiempo necesario para que desaparezcan los efectos inmediatos de la anestesia o de la intervención quirúrgica.
- Pre-operatorio: Relativo o perteneciente al período de tiempo que precede a una intervención quirúrgica. Comienza con la primera preparación del paciente para la cirugía, por ejemplo: estar en ayunas 12 horas antes de la cirugía. Y termina con la inducción de la anestesia quirúrgica en el quirófano.
- Protocolo: Programa escrito en el que se especifican los procedimientos a seguir para la realización de una determinada exploración, en el curso de una investigación o en la prestación de asistencia por una determinada enfermedad.
- Reingreso: Proceso por el que una persona es admitida nuevamente en una clínica u hospital.
- Retroalimentación: Información producida por un receptor y percibida por el emisor, que informa al emisor sobre la reacción del receptor al mensaje.
- Secreción: Expulsión de una sustancia elaborada por una glándula.

- Servicios asistenciales: Servicios prestados por trabajadores sanitarios para ayudar a los pacientes a satisfacer las necesidades de la vida diaria.
- Teorizante: Enunciado abstracto formulado para predecir, explicar o describir las relaciones entre: conceptos, construcciones o acontecimientos, postulada por una persona. Aplicado a enfermería, es un marco organizativo de conceptos y fines diseñado para guiar la práctica de la enfermería.
- Teorías de sonido: Los componentes del sonido son: Tono: Un sonido simple. Por ejemplo, el sonido producido al pulsar una tecla del piano. Altura: Es un concepto puramente psicológico que nos dice que un tono está más arriba o más abajo con relación a una escala musical. Intensidad: Es el volumen de un sonido. Timbre: Es lo que nos hace distinguir un mismo tono pero de instrumentos diferentes.  
Reverberación: Se refiere al eco producido por el sonido. \*Con esto nos podemos dar una idea de lo que al aprendizaje planificado se refiere. El tono en el que se le habla a una persona así como, la intensidad, la altura y el timbre de voz que se utiliza y por supuesto qué impacto puede producir en la misma.
- Tolerado: Aceptado, asimilado.
- Tolerancia: Acción y efecto de tolerar, aceptar, asimilar.
- Tratamiento paliativo: Dícese de los remedios que se aplican a las enfermedades incurables para mitigar su violencia y refrenar su rapidez.
- VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

