



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

**EXPERIENCIA DE ENFERMERÍA SOBRE LA ENSEÑANZA A PACIENTES
DIABÉTICOS HOSPITALIZADOS PARA SU CUIDADO EN EL HOGAR**

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

MAESTRA EN ENFERMERÍA

(ADMINISTRACIÓN DEL CUIDADO EN ENFERMERÍA)

PRESENTA:

AMADA NOEMI CASTRO MEZA

DIRECTORA DE TESIS:

**DRA. SOFÍA ELENA PÉREZ ZUMANO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

COTUTOR:

**DR. REY ARTURO SALCEDO ÁLVAREZ
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

MÉXICO, D. F. DICIEMBRE DE 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA COORDINACIÓN

DR. ISIDRO ÁVILA MARTÍNEZ
DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN
ESCOLAR, UNAM.
P R E S E N T E:

Por medio de la presente me permito informar a usted que en la reunión ordinaria del Comité Académico de la Maestría en Enfermería, celebrada el día **06 de octubre del 2015**, se acordó poner a su consideración el siguiente jurado para el examen de grado de Maestría en Enfermería (Administración del Cuidado de Enfermería) de la alumna **AMADA NOEMI CASTRO MEZA** con número de cuenta **514003593**, con la tesis titulada:

“EXPERIENCIA DE ENFERMERÍA SOBRE LA ENSEÑANZA A PACIENTES
DIABÉTICOS HOSPITALIZADOS PARA SU CUIDADO EN EL HOGAR.”

bajo la dirección de la Dra. Sofía Elena Pérez Zumano

Presidente : Doctora Ana María Lara Barrón
Vocal : Doctora Sofía Elena Pérez Zumano
Secretario : Doctor Marco Antonio Cardoso Gómez
Suplente : Doctora Laura Morán Peña
Suplente : Doctora Ma. De los Ángeles Godínez Rodríguez

Sin otro particular, quedo de usted.

A T E N T A M E N T E
“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”
MÉXICO D, F. a 4 de noviembre del 2015

DRA. GANDHY PONCE GÓMEZ
COORDINADORA DEL PROGRAMA



C.c.p. Expediente del interesado

COORDINACIÓN DEL POSGRADO
DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

JEG-F6

RECONOCIMIENTOS:

A DIOS

Por su infinita bondad, iluminado cada uno de mis pasos para alcanzar un anhelo, hoy hecho realidad.

A MIS TUTORES:

Dra. Sofía Elena Pérez Zumano, directora principal, quién no sólo dirigió el desarrollo de tesis, aportando su caudal de saberes, sino brindando en todo momento un trato humanizado como alumna y profesional. Gracias por siempre.

Dr. Rey Arturo Salcedo Álvarez, cotutor de tesis, quién desde otra mirada brindó aportaciones especiales para el desarrollo de mi tesis, integrando aspectos teóricos y sobre todo un respeto y compromiso.

A MIS COORDINADORAS, MAESTROS Y MAESTRAS:

Por brindarnos sus conocimientos y en especial por compartir sus experiencias. Para todos ellos, mi cariño y admiración

AGRADECIMIENTOS:

A MI FAMILIA:

Por su fe en mí, sintiendo su presencia física o espiritual en todo momento y en cualquier parte del mundo.

A MIS AMIGOS Y AMIGAS:

Por su apoyo incondicional el cual fue fundamental para alcanzar mi meta.

A MI INSTITUCIÓN:

Quien abrió sus puertas permitiendo el desarrollo del presente trabajo.

A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA:

Quienes de manera amable aportaron sus experiencias en un marco de respeto mutuo, lo que constituyó la parte medular del presente estudio. Para cada uno de ellos mi agradecimiento por siempre.

ÍNDICE

	PÁGINAS
RECONOCIMIENTOS	I
AGRADECIMIENTOS	II
ÍNDICE	III – IV
RESUMEN	V – VI
CAPÍTULO I: DESCRIPCIÓN DEL FENÓMENO	1 – 3
CAPÍTULO II: REVISIÓN DEL ESTADO DEL ARTE	4 – 13
CAPÍTULO III: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14 –25
3.1. Importancia del estudio	17 -20
3.2. Propósitos de la investigación	18 - 19
3.3. Pregunta de investigación	20
3.4. Objetivos	20
CAPÍTULO IV: MARCO CONCEPTUAL	21- 37
4.1. Enseñanza del cuidado	21 - 24
4.2. Enseñanza a pacientes diabéticos hospitalizados para su cuidado en el hogar	24 - 27
4.2.1. Trascendencia	27 – 34
4.3. Sustento teórico-epistemológico del estudio	35 – 37
CAPÍTULO V: METODOLOGÍA	38 – 48
5.1. Diseño	38

5.2. Contexto donde se realizó el estudio.	39
5.3. Participantes.	40
5.4. Técnicas de recogida de información.	40
5.5. Instrumento de recolección de datos.	41
5.6. Análisis de datos.	42 - 43
5.7. Protección de la intimidad.	44 - 45
5.8. Temporalización.	45 - 46
5.9. Consideraciones éticas del estudio.	46 - 47
5.10. Rigor metodológico.	47 -48
CAPÍTULO VI: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.	49 - 80
CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES.	81 - 82
CAPÍTULO VIII: APORTACIONES.	83 - 84
8.1. Aportaciones a la disciplina.	83
8.2. Aportaciones a la práctica.	83
8.3. Aportaciones a la investigación.	83
8.4. Aportaciones a las políticas públicas.	84
CAPÍTULO IX: REFERENCIAS	85 - 92
ANEXOS:	
1. Guía semi estructurada de preguntas	93 - 94
2. Formato de consentimiento informado.	95

RESUMEN

Introducción: La enseñanza del cuidado del paciente diabético hospitalizado, es de suma importancia, ya que contribuye a prepararlo a él y su familia para hacer frente a los cambios en su situación de salud al egreso del hospital. **El objetivo** del estudio fue describir la experiencia de enfermería, sobre la enseñanza a pacientes diabéticos hospitalizados para su cuidado en el hogar. **Metodología:** Estudio cualitativo, fenomenológico, descriptivo, desarrollado en un hospital de Culiacán Sinaloa, enfermeras(os) que laboraban en servicios de medicina interna y cirugía, siete entrevistas hasta la saturación de datos. Fueron considerados principios de beneficencia, confidencialidad y respeto a la intimidad de participantes, así como autorización a través de consentimiento informado. Para la recolección de datos se utilizó entrevista a profundidad, instrumento: guía de preguntas semi estructurada. Análisis e interpretación de los datos de acuerdo a propuesta de De Sousa Minayo: análisis temático, que incluyó organización de datos, clasificación de temas y análisis final. **Resultados:** Generadas 2 categorías: información que proporciona la enfermera, con cuatro subcategorías: información que proporciona al paciente, 2) información a la familia, 3) momentos para enseñar y 4) factores favorables/desfavorables para enseñar. La segunda categoría: dificultades para la enseñanza, incluyó dos subcategorías: 1) falta de actualización de la enfermera y 2) carga de trabajo. **Conclusiones:** En las experiencias descritas, la enseñanza a pacientes como tal, no es proporcionada por la enfermera, identificando factores favorables y desfavorables para ello. Hallazgos evidencian la necesidad de redefinir el rol educador de la enfermera y considerar la importancia del contexto en el desarrollo de esta función. Se requiere formación específica, actualización continua .y un proceso planificado centrado en las necesidades del paciente y su familia.

PALABRAS CLAVE: Enseñanza del paciente, cuidado en el hogar, experiencia de enfermería, Diabetes Mellitus.

SUMMARY

Introduction: The Teaching hospitalized diabetic patient care is of paramount importance, as it helps to prepare him and his family to deal with changes in their health status at discharge. **The objective** of the study was to describe the experience of nursing education on diabetic patients hospitalized for home care. **Methodology:** qualitative, phenomenological, descriptive study developed in a hospital in Culiacan Sinaloa, Nurses who worked in internal medicine and surgery, seven interviews until data saturation. They were considered principles of beneficence, confidentiality and respect the privacy of participants and authorization through informed consent. Depth interview was used, a tool for data collection: guide of semi-structured questions. Analysis and interpretation of the data according to Minayo De Sousa proposed thematic analysis, which included data organization, classification and final analysis topics. **Results:** generated two categories: information provided by the nurse, with four subcategories: information provided by the patient, 2) information to the family, 3) teachable moments and 4) favorable / unfavorable factors to teach. The second category: difficulties in teaching, included two subcategories: 1) failure to update the nurse and 2) workload. **Conclusions:** In the experiments described, teaching patients as such, is not provided by the nurse, identifying favorable and unfavorable factors for it. Findings show the need to redefine the role of the nurse educator and consider the importance of context in the development of this function. Specific training, continuous updating .and planned process focused on the needs of the patient and family is required.

KEYWORDS: Teaching the patient, home care, nursing experience, Diabetes Mellitus.

CAPÍTULO I. DESCRIPCIÓN DEL FENÓMENO

El interés para realizar la presente investigación referente a la experiencia del profesional de enfermería sobre la enseñanza a pacientes diabéticos hospitalizados para su cuidado en el hogar, surgió desde tres diferentes roles desempeñados en el ejercicio profesional: cuidado directo de los pacientes, la supervisión del cuidado otorgado a pacientes hospitalizados y la participación en programas de educación continua dirigidos a personal de enfermería de la propia institución laboral, que permitieron identificar la trascendencia de la enseñanza de las personas que padecen enfermedades crónicas, las limitaciones para llevarla a cabo ya que se ha observado que el profesional de enfermería realiza dichas acciones educativas de manera informal, un tanto puntual, sin considerarlo como un proceso sistematizado.

Por ello, han sido realizadas acciones en pro de la mejora, tanto de gestión como de educación continua, sin embargo, la experiencia releva que aún hay mucho por hacer, desde la gestión del cuidado, ya que la enfermera gestora es responsable de obtener y controlar los recursos para que los procesos de atención se lleven a cabo y la enfermera que otorga cuidado directo al paciente, es responsable de brindarle enseñanza a él y su familia para el cuidado en el hogar, entre otras intervenciones de su práctica diaria de cuidado.

Inicialmente, la orientación del estudio fue dirigido hacia la enseñanza otorgada a pacientes de los diferentes servicios de hospitalización, posteriormente, se decidió elegir a profesionales de enfermería que atendían específicamente, pacientes con diabetes, ya que el padecer una enfermedad crónica con las características de la misma, afecta a estos pacientes desde su dimensión biopsicosocial y espiritual y en quienes se considera muy importante la enseñanza que el equipo de salud debe estar comprometido a brindar, para ayudarlo a afrontar y asumir su enfermedad como parte de su vida, por ello, entre los integrantes del equipo de salud, es la enfermera el profesional que en el día a día, se encuentra más

cerca del paciente, interactuando y brindando cuidados quien puede proporcionar esa educación de forma sistemática, oportuna y veraz.

Pese a ello, es advertido que tal vez los profesionales de enfermería inmersos quizá sin darse cuenta en el modelo biomédico, además de la influencia del contexto hospitalario, centrándose únicamente en el cuidado físico, orientado hacia la enfermedad realizando la función educadora de manera puntual y descriptiva por ello ha sido considerado importante potencializar la enseñanza del cuidado que el paciente y su familia requieren para sus regreso al hogar, ya que muchas veces la enseñanza del cuidado es limitado durante la estancia hospitalaria, sin percibir la más de las veces las necesidades, experiencias, recursos y limitaciones del paciente durante su egreso del hospital.

Partiendo de que el cuidado de enfermería es continuo y no esporádico, en el que interviene un proceso de interacción entre enfermera paciente, a la par, en la enseñanza que la enfermera está comprometida a proporcionar, se ha podido advertir que intervienen aspectos invisibles, donde la cercanía a la experiencia subjetiva de la enfermera y del paciente es necesaria ya que proporciona una base para una relación eficaz entre ellos, básicamente para la enseñanza del cuidado, por ello se requiere del conocimiento subjetivo, esto es, del conocimiento que se revela por los métodos de la investigación cualitativa, donde se pretende acercar hacia los verdaderos actores para conocer y describir a través de sus propias experiencias el significado que dan a este proceso.

Es importante mencionar que para fines de este estudio, el término que se ha decidido utilizar es el de enseñanza a pacientes, en lugar de educación o promoción de la salud, ya que estos abarcan aspectos muy amplios y la enseñanza a pacientes es más específica.

En la enseñanza al paciente hospitalizado, que padece una enfermedad crónica como lo es la diabetes, además del profesional de enfermería desde su rol educador, intervienen también otros integrantes del equipo de salud, como son los

médicos, psicólogos trabajadores sociales, nutricionistas entre otros, y por supuesto el paciente y su familia, quienes merecen recibir una enseñanza acorde a sus necesidades por todo ello es importante tomar en cuenta también sus experiencias sin embargo, el presente estudio ha incluido de primera intención la identificación de experiencias en el profesional de enfermería.

CAPÍTULO II. REVISIÓN DEL ESTADO DEL ARTE

En la búsqueda de la literatura, para el sustento del presente trabajo, han sido encontrados escasos artículos referentes a la experiencia educativa de enfermería, por lo que han sido integrados artículos sobre percepciones, conocimientos y actitudes de la enfermera y otros profesionales de salud en relación a la enseñanza del paciente, desde esta consideración, se encontró que en Colombia, se realizó un estudio con el objeto de comprender e interpretar la percepción de un grupo de profesionales de enfermería sobre su experiencia educativa en el ámbito clínico, en sus resultados se identificó la educación como una labor limitada que se compone de actividades que frecuentemente, tiene un carácter prescriptivo y puntual.

La investigación permitió concluir que la experiencia educativa del profesional es significativa en la medida en cuanto es parte sustancial de su rol gestor y cuidador, es amplia en términos de beneficiarios y permanente en el tiempo y tiene como fin favorecer el cuidado y el autocuidado en los ámbitos hospitalarios y domiciliario.¹ Respecto a mejorar la labor educativa de la enfermera, ha concluido que se requiere avanzar en la aplicación de modelos educativos clínicos dialógicos que se desarrollen con un enfoque de proceso para contribuir a ello.¹

También, a nivel internacional, existen diversos reportes de investigación que dan cuenta de las dificultades para la enseñanza a pacientes, por ejemplo en Noruega, en un estudio cualitativo, referente a los factores que afectan la enseñanza a pacientes, las enfermeras hicieron hincapié en las evaluaciones de las enfermeras, la formación en la enseñanza de la función educadora y el entorno de la organización.²

Existe además, un estudio realizado en Brasil con el objetivo de describir la percepción de los enfermeros en relación a la promoción de la salud, sus actividades e identificar las dificultades en la realización de las mismas, en una unidad de cuidados intensivos, (UCI), entre las dificultades más citadas, están la sobrecarga de

trabajo, falta de materiales y de compromiso de los profesionales y el hecho de que muchos pacientes están sedados, lo que dificulta la comunicación.³

Otro estudio con enfoque cualitativo, realizado en España, cuyo objetivo fue conocer las competencias para el desempeño del rol educativo con pacientes en atención especializada, donde se seleccionaron dos grupos de enfermeras(os) con perfiles diferentes, de manera que sus discursos en muchos aspectos también fueron diferentes, por lo que el grupo de mayor experiencia señaló las siguientes dificultades: El bajo nivel socioeconómico y cultural de los pacientes atendidos en el hospital dificulta en algunas ocasiones, la comprensión por parte de la población atendida, respecto a la importancia que tiene en su proceso patológico cambiar hábitos no saludables. Además, las enfermeras(os) no detectan las necesidades de formación de los pacientes al ingreso, hay una falta de preparación y coordinación en el alta del paciente entre enfermeros y los médicos.⁴

Las características destacadas fueron: la importancia de utilizar un lenguaje asequible al paciente y que sea poco tecnificado. Es necesario también incluir al cuidador principal para llevar a cabo la educación a los pacientes. Se necesita formación previa sobre cómo llevar a cabo la educación en salud.⁴ Este grupo identificó como suyo el rol educativo, pero opinaron que las competencias de enfermería no están bien definidas. Además se apunta aunque débilmente, la importancia de la escucha activa y la necesidad de mantener una actitud empática y de comprensión hacia el paciente en el momento de llevar a cabo la educación y se señala lo necesario que es otorgar al paciente un papel activo⁴.

El grupo de enfermeras con menor experiencia profesional destacó que: El estado de ánimo, estrés, la presión asistencial, el interés de cada profesional, son factores que influyen en la realización de la educación a los pacientes, además está condicionada por las distintas formas de organización del trabajo. Existe falta de información para llevar a cabo una correcta educación en salud así como falta de tiempo para realizarla⁴.

Los miembros de ambos grupos identifican como función propia el desempeño del rol educativo, sin embargo, encuentran que su puesta en práctica es decisión personal de cada enfermera(o). El modelo educativo que se sigue en ambos centros, no es participativo, sino direccional en el que el protagonista es la enfermera(o), y no se tiene en cuenta las necesidades de formación que manifieste o no el paciente, ni su nivel de información previo sobre el tema tampoco los objetivos de la educación, pueden ser los de la enfermera(o). También manifiestan sentirse decepcionados cuando intentan modificar actitudes y no lo consiguen, sin haber tenido en cuenta las experiencias y visiones del propio paciente.⁴

En Canadá, con el objetivo de identificar las percepciones, comprensión y experiencias de enfermeras sobre promoción de la salud, se realizó un estudio con enfoque cualitativo, se informó que la promoción de la salud ocurre con poca frecuencia, sólo cuando la enfermera tiene tiempo identificando que las cuestiones de organización y gestión, fueron las principales barreras que limitan la promoción de la salud en la práctica de enfermería.⁵

Por otra parte, en Noruega, se realizó otro estudio titulado: Percepciones de las enfermeras sobre la enseñanza del paciente. El estudio se centró en como las enfermeras describían los objetivos y realidades en la enseñanza de los pacientes adultos y la forma en que se describieron los factores que afectan su función de enseñanza. Se utilizó un enfoque cualitativo, seleccionadas catorce enfermeras que trabajaban en un hospital general utilizando para ello entrevistas semi estructuradas. Como soporte en la elaboración y análisis de los datos, se utilizaron las cuatro etapas adaptadas de Glaser y Stratus con el enfoque de “teoría fundamentada”.²

Los resultados mostraron que los objetivos sobre la enseñanza del paciente, han sido articulados débilmente. Los resultados empíricos revelaron dos datos diferentes: Enseñanza como procesos articulados por los informantes y no por los pacientes. En sus conclusiones han incluido que en el proceso de enseñanza que las enfermeras apliquen a los pacientes en hospital, el contenido deberá depender de la enseñanza que necesita el paciente.

En cuanto a los factores que afectaban la enseñanza, hicieron énfasis en los tres siguientes: las cualificaciones o preparación de las enfermeras, la formación en la función de enseñanza y el entorno de la organización².

También en la búsqueda de a literatura de artículos relacionados con el rol educador de los profesionales de enfermería, se encontró que fue realizada una investigación con el objeto de identificar las percepciones, comprensión y experiencias de enfermeras en la promoción de la salud donde se utilizó un estudio de caso único con enfoque cualitativo, a través de muestreo intencional incluídas ocho enfermeras las cuales fueron observadas en el desarrollo de su práctica, después de ello, se llevó a cabo una entrevista semi estructurada con cada enfermera observada. Se empleó el análisis de datos cualitativo guiado por el trabajo de Miles y Huberman.⁵

Los datos revelaron como tema principal: La práctica de promoción de la salud por enfermería. Los resultados indicaron que a las enfermeras se les dificultaba describir la comprensión de promoción de la salud, así también, su desarrollo era limitado y las estrategias para llevarla a cabo también eran estrechas y centradas en la persona. Sus percepciones y descripciones de promoción de la salud estaban más en consonancia con el enfoque tradicional de salud que en el enfoque de la educación, se informó que ocurre con poca frecuencia, solo cuando la enfermera tiene tiempo.⁵

En otro estudio realizado en USA y relacionado con los hallazgos anteriores, respecto a dificultades para realizar la función educadora, y dirigida al paciente / familia, se examinó la percepción de las enfermeras sobre la educación del paciente / familia en el ámbito hospitalario. Se utilizó un cuestionario de 20 ítems que exploraron los factores que afectan los comportamientos de enseñanza completado con 54 enfermeros en un centro de cuidado de pacientes pediátricos graves. Los resultados de este estudio han sugerido que las enfermeras pediatras muestran confianza en educar ante un paciente con un trastorno específico, estaban seguros de proporcionar educación acerca de los trastornos comunes (asma, neumonía y

bronquiolitis) y menos confiados a proveer educación sobre enfermedades menos comunes (oncología, cardíacos).

La barrera identificada para proporcionar educación fue con mayor frecuencia la falta de materiales escritos. Los hallazgos de este estudio pueden ser utilizados para desarrollar los recursos de enseñanza para las enfermeras y para planificar programas educativos específicos para pacientes pediátricos con problemas de salud menos comunes.⁶

Además de artículos relacionados propiamente con los profesionales de enfermería respecto a cómo ha sido desarrollada su función educativa desde la práctica clínica, también se ha encontrado que en Colombia, con el propósito de identificar las necesidades de conocimiento en diabetes mellitus tipo 2 de los enfermeros del área clínica y comunitaria, se desarrolló una investigación de diseño descriptivo y transversal enfoque cuantitativo y cualitativo donde encontraron que la valoración de conocimientos reporta limitaciones importantes en los conocimientos sobre el tema de diabetes mellitus tipo 2. La relación entre nivel de conocimientos y tiempo de experiencia laboral fue examinada por medio de prueba Fisher para cada una de las áreas clínica y comunitaria.⁷

Se desarrolló un componente cualitativo para conocer las características de la educación que los profesionales de enfermería impartían a las personas con diabetes y las limitaciones percibidas por los profesionales en el cuidado, a través de entrevistas semi estructuradas, a 10 participantes, se realizó análisis de contenido por medio de identificación de segmentos con patrones específicos y codificación para la identificación de categorías de análisis. Las categorías identificadas fueron la sobrecarga laboral, el desempeño de funciones no profesionales, delegación de funciones de cuidado y educación a personal no profesional, la necesidad de educación continuada, los recursos insuficientes en los programas de promoción y prevención y la necesidad de apoyo técnico y de trabajo interdisciplinario entre otros.⁷

También, han sido encontrados e incluidos en el presente trabajo, artículos no sólo referentes al profesional de enfermería sino también que han incluido a integrantes del equipo de salud como se puede apreciar en un estudio cualitativo realizado en Cuba, cuyo objetivo fue explorar actitudes de médicos y enfermeras ante el modelo de atención a pacientes con enfermedades crónicas.

Los resultados actitudinales se correspondían con los modelos de actuación que se evaluaron en cada componente del modelo siendo las barreras más señaladas: la falta de sensibilización y preparación hacia los nuevos abordajes a la atención de estos pacientes, sobrecarga de trabajo y la incertidumbre en la eficacia de la educación al paciente. En sus conclusiones han mencionado que predominaron las actitudes favorables, siempre y cuando se hagan modificaciones organizacionales y se lleven a cabo las opiniones sugeridas por estos prestadores de servicios, contando con el apoyo de los decisores de salud.⁸

De los artículos relacionados con situaciones que tienen que ver de manera especial en función de los propios pacientes con diabetes, se encontró uno realizado en México donde se trabajó con 68 pacientes hospitalizados con el objetivo de describir el efecto de los factores socioculturales en la capacidad de autocuidado de pacientes hospitalizados con diabetes tipo 2, se utilizó un instrumento que midió el efecto de los factores socioculturales. En sus resultados mostraron que las experiencias vitales, laborales, religión, costumbres y tradiciones, prácticas curativas y ritos, señalados en la Teoría General del Déficit de Autocuidado, muestran un efecto positivo sobre la capacidad de autocuidado con personas con diabetes tipo 2.⁹

En Brasil, se realizó también un estudio cualitativo, descriptivo cuyo objetivo fue identificar las dificultades de los pacientes diabéticos en relación al tratamiento para el control de la diabetes, los resultados mostraron que son innumerables las dificultades relacionadas al seguimiento del tratamiento, entre ellas: rechazo y negación de la condición del enfermo.

Así también en sus consideraciones finales han mencionado que la persona diabética en el transcurso de su tratamiento, vivencia sentimientos y comportamientos de aceptación a su condición crónica y en consecuencia a la adaptación de hábitos saludables que le permitan enfrentar con las limitaciones como consecuencia de la enfermedad.¹⁰ El modo como el sujeto expresa sus sentimientos, dirige sus comportamientos de salud tanto para búsqueda de hábitos saludables como no saludables y determina las posibilidades y dificultades/limitaciones para el control de la diabetes. Además, es posible inferir que el enfoque de la aproximación educativa no debe restringirse apenas a la transición de conocimientos; también es importante que englobe aspectos emocionales, sociales y culturales que influyen en el seguimiento al tratamiento.¹⁰

En México, también se realizó un estudio prospectivo, transversal y comparativo, con el objetivo de identificar la asociación entre disfunción familiar y grado de control en el paciente diabético tipo 2.

Se evaluó la funcionalidad familiar con el APGAR familiar, así como el grado de conocimientos sobre la enfermedad. En sus principales resultados encontraron en el grupo identificado con funcionalidad familiar 36% de los pacientes obtuvo una calificación mayor a 60 en una escala de 0 a 100 en comparación con el grupo disfuncional donde sólo 8% obtuvo una calificación mayor 60.80% de los pacientes pertenecientes a las familias funcionales mostró parámetros dentro de límites de control mientras que sólo el 56% de los sujetos pertenecientes a familia disfuncionales tuvieron estas características, concluyendo que la disfunción familiar se asoció con mayor frecuencia de descontrol en el paciente diabético.¹¹

En España, fue realizado un estudio descriptivo transversal multi céntrico en atención primaria, cuyo objetivo fue determinar si el apoyo social que perciben los diabéticos influye en el control metabólico. Según los resultados del estudio, en la muestra estudiada, no existió asociación entre el apoyo social que percibían los diabéticos atendidos en consulta de enfermería de Atención Primaria de Salud y control metabólico.¹² La única diferencia encontrada entre los pacientes del primer

corte y el resto de pacientes del estudio es el grado de confianza que tenían con su enfermera, basado en los años de relación profesional. El cuestionario utilizado, contiene preguntas de ámbito afectivo y emocional que requiere de un clima favorecedor para que las respuestas del paciente sean fiables y este clima lo puede crear el tiempo de relación.¹²

Así también ha sido encontrado otro artículo donde los sujetos de estudio han sido la enfermera y el paciente mostrando resultados interesantes respecto a la percepción de la enseñanza otorgada y recibida, de ahí que en un estudio realizado en Canadá, titulado el papel de la enfermera en la educación del paciente: incongruencia de percepciones entre enfermeras y pacientes. El propósito fue describir la cantidad de incongruencias en las percepciones de las 38 diadas enfermera-paciente, relativos al papel de la enfermera en la educación del paciente.

Las percepciones de las enfermeras y los pacientes de dos entornos hospitalarios se midieron con dos conjuntos de preguntas complementarias desarrolladas para este estudio. Fueron utilizadas pruebas para comparar la media de las respuestas de enfermeras y pacientes. Los resultados indicaron que existían incongruencias entre la percepción de enfermeras y pacientes. Los pacientes identificaron la enseñanza como una función general de las enfermeras.

Cuando se le preguntó al paciente, quién prefería que les enseñase información específica relacionadas con su condición, los pacientes con mayor frecuencia eligieron a un médico.¹³ Las enfermeras eligieron con más frecuencia a otra enfermera como maestro actual y más deseado por el paciente.

Las enfermeras, asumieron incorrectamente que los deseos de sus pacientes para su educación fueron similares a los suyos. Los resultados sugieren que las enfermeras tienen que desarrollar una definición clara de su papel en la educación del paciente, para validar los deseos de los pacientes para la enseñanza y examinar los factores organizativos que han influido en el desempeño de la función docente hacia el paciente.¹³

A través de la búsqueda de la literatura fue posible encontrar artículos que presentan en sus resultados la implementación de estrategias exitosas para la educación al paciente ya que en Costa Rica, realizaron un estudio titulado. Programa de alta hospitalaria programada para preparar el egreso del paciente y familia. Donde describieron la implementación y desarrollo del Programa del Alta Hospitalaria Programada (PAH), específicamente en el área de cirugía del Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, con la finalidad de mostrar un modelo a implementar para otras instituciones hospitalarias nacionales e internacionales, ya que proporciona herramientas a los pacientes y a sus familiares para llevar a cabo el autocuidado y su posterior reincorporación a la comunidad de la cual formaban parte, partiendo de las necesidades mostradas durante su hospitalización y al momento del alta hospitalaria.¹⁴

Se trató de un estudio cuantitativo y descriptivo, con una población conformada por el total de egresos registrados, durante el año 2010, en el alta programada del área de Cirugías, del Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, seleccionando una muestra de 1224 pacientes, quienes requirieron, por parte del profesional de Enfermería responsable, valoración e intervención en la preparación del egreso.

La información recopilada se registró en el Instrumento de Valoración de Necesidades del paciente, el cual constituyó la base para elaboración del plan de intervención para el usuario y su familia durante el internamiento y el día del egreso, orientado hacia la preparación del alta por parte del profesional en enfermería. Dicha intervención quedó documentada en el Instrumento de registro de la condición de egreso de los usuarios de cirugía en la nota de enfermería.¹⁴

El paciente y la familia lograron, de acuerdo a la intervención del profesional de enfermería encargado del programa y con la colaboración de otros miembros del equipo de salud, adquirir conocimientos y técnicas de acuerdo al grado de dependencia o condición de salud para el logro de autocuidado al egresar del centro hospitalario. En su conclusión, mencionaron que los beneficios evidenciados en la

implementación del PHA, giraron en torno a una preparación oportuna, según fue el grado de dependencia de acuerdo a la condición de salud para el autocuidado del paciente por parte de la familia al momento de egresar del centro hospitalario, una coordinación con la red externa de salud y la reubicación oportuna de los usuarios con problemas sociales, así como una agilización de los trámites administrativos.¹⁴

Si bien es cierto, los artículos incluidos en el estado del arte, no fueron estudios que tuvieran un sustento básico o directo sobre el tema de estudio, sus principales aportaciones han sido resaltar la importancia de la enseñanza a pacientes, la necesidad de un proceso organizado además de un rol participativo de enfermera y paciente para ello, los factores que pueden intervenir en el desarrollo de la misma, lo cual fue de gran utilidad ya que se pudo sustentar las categorías y sub categorías emergidas, sin embargo se requiere profundizar aún más en la descripción y comprensión de las experiencias de enfermeras para la enseñanza a pacientes con enfermedad crónica y su incorporación al ámbito familiar.

CAPÍTULO III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La educación es un proceso representado por cualquier influencia sobre el individuo que lo haga capaz de adquirir conocimientos, aptitudes, actitudes y comportamientos que acepte su grupo social.¹⁵ La educación al paciente, no ha de circunscribirse a transmisión de conocimientos sobre su condición biomédica, debe contemplar también aspectos psicológicos y sociales, relacionados con su padecimiento.¹⁶ Además, requiere la enseñanza de habilidades en todos los ámbitos de su vida cotidiana.¹⁷

La enseñanza a pacientes, incluye la participación de los diferentes integrantes del personal de salud;¹⁵ sin embargo, por ser la enfermera que mayor contacto directo tiene con ellos, está comprometida a otorgarla, con el fin de ayudar a fomentar su participación y a tomar decisiones informadas sobre su tratamiento.¹⁸

La educación que debe ofrecer el profesional de enfermería, no sólo es un elemento central de su cuidado, sino de su gestión, considerada además como función autónoma.¹ Se puede advertir la importancia de su implementación especialmente en los pacientes que padecen una enfermedad crónico degenerativa, como lo es la diabetes, caracterizada por hiperglucemia crónica debido a deficiencia en la producción o acción de la insulina, que afecta al metabolismo de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.¹⁹ La diabetes es un reto de salud global; estimaciones de la OMS indican que en 1995 había en el mundo 30 millones de personas, actualmente se estima que 347 millones de personas viven con ella.²⁰

En México, la Encuesta Nacional en Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012 identifica a 6.4 millones de adultos mexicanos con diabetes, es decir 9.2% han recibido ya un diagnóstico. Ocupa el primer lugar en número de defunciones por año, tanto en hombres como en mujeres las tasas de mortalidad muestran una tendencia ascendente en ambos sexos con más de 70 mil muertes y 400,000

casos nuevos anuales.²⁰ Constituye uno de los problemas de salud más importantes, debido a sus complicaciones, tales como la retinopatía, nefropatía, neuropatía y vasculopatía.²¹

De acuerdo al reporte epidemiológico de la Secretaría de Salud en México, en 2013, describió las causas de ingreso de pacientes hospitalizados con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, registradas en el sistema de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (SVEH) de la Secretaría de Salud (necrobiosis 10.0% y estado hiperosmolar en un 9.1%), de los 5,020 casos de diabetes, el 25.7% se reportaron con algún tipo de discapacidad, principalmente de tipo motora (49.5%), seguida de la disminución en la agudeza visual en un 40.2%.²² Por lo anterior, es un asunto de preocupación en salud pública. Su impacto físico y emocional deteriora la calidad de vida de las personas que la padecen.²³

Respecto a la función educadora de la enfermera un estudio realizado en España, respecto al rol educativo de enfermeras(os) en las características percibidas, han referido la formación previa de enfermería, en dificultades para su realización: bajo nivel socioeconómico y cultural de los pacientes, además, la presión asistencial y el interés de cada profesional son factores que influyen en su realización.⁴ Otro estudio relacionado con la percepción de los enfermeros de una unidad de cuidado intensivo, sobre la educación a pacientes, develó que la sobrecarga de trabajo, falta de materiales y falta de compromiso eran las dificultades más frecuentes.³

Un estudio con enfoque cualitativo sobre comprensión de las percepciones y experiencias en la promoción de la salud de enfermeras, identificó que se realiza con poca frecuencia, sólo cuando la enfermera tiene tiempo. Entre los factores relacionados con la educación, identificaron cuestiones de organización y gestión.⁵ Dada la importancia de la educación en el contexto de enfermería, se espera que todos los profesionales tengan la posibilidad de vivir la experiencia educativa de manera significativa no obstante, se puede observar en la cotidianidad presenta limitaciones por diversos motivos.¹

En la enseñanza que requieren los pacientes con diabetes es necesario hacerlos partícipes de su cuidado y tratamiento, para mantener la calidad de vida en los más altos estándares posibles.⁹ Sin embargo, se ha observado que la continuidad del tratamiento es escasa, siendo necesario comprender que sentimientos y comportamientos, pueden inferir en la motivación y en la predisposición para incorporación de cambios en el día a día.¹⁶ Por ello, es imprescindible la relación interpersonal en el que la comunicación funcional y la relación de ayuda están estrechamente relacionadas.

El enfoque educativo debe englobar los aspectos subjetivos y considerar la realidad y la vivencia de los pacientes ²⁴ por lo que es importante explorar y comprender, el significado que el paciente atribuye a las experiencias vividas por la enfermedad que se relacionan con su modo de existir. En la revisión de la literatura, existe poca evidencia en el país, de la experiencia de enfermería, sobre enseñanza a pacientes diabéticos hospitalizados para su cuidado en el hogar, evidenciando un vacío en el conocimiento, por lo que surgió la presente investigación.

3.1. Importancia del estudio

La educación del paciente, de manera específica a través de la enseñanza a pacientes diabéticos hospitalizados, es un componente integral de la atención de enfermería, ya que es posible cuidar enseñando, requiere por lo tanto del desarrollo de competencias especiales y contribuye a la autonomía de la enfermera(o) de ahí que debe ser objeto de investigación.¹

Con base en el panorama expuesto, destaca la importancia del estudio, la cual radica en que al explorar la subjetividad de los participantes, permitirá un acercamiento a la riqueza y complejidad de las experiencias vividas en la enseñanza a pacientes con diabetes, lo cual es relevante considerar al momento de planear una actividad educativa, por lo que además, es necesario acudir a los escenarios reales y con los verdaderos actores, enfermeras (os) y sus pacientes, donde las experiencias vividas difieren de cada profesional ya que son seres individuales, lo que constituye la mejor fuente de información sobre su práctica diaria, de ahí que la utilidad de realizar una investigación aporta datos relevantes en beneficio del paciente y el profesional de enfermería básicamente sobre la potencialización de dicha enseñanza.

3.2. Propósitos de la investigación

El propósito del presente estudio, es profundizar en el significado de la experiencia vivida de profesionales de enfermería sobre la enseñanza a pacientes y la manera real como se manifiesta en la práctica cotidiana, que permita su mejor comprensión desde un abordaje fenomenológico ya que aún que es aceptada la importancia de la misma, pocas veces se lleva a la práctica exitosamente y mucho menos a través de un abordaje metodológico que permita identificar cuáles son las condiciones para mejorar su eficacia. Por ello, el profundizar además en todos sus retos no es sólo un hecho urgente sino que es un camino para enfocar el problema con rigor científico.

La enseñanza a pacientes es un componente importante en el cuidado a pacientes, además no es un proceso aislado, la más de las veces se da de forma simultánea, es decir se requiere enseñar cuidando, debe aspirar en primer instancia a la formación más que la información, a la comprensión, habilidades y motivación del paciente y su familia para el desarrollo del cuidado de si considerando la importancia del desarrollo de las competencias del profesional de enfermería para lograr esta enseñanza, por todo ello el presente estudio contribuye a difundir entre los profesionales de enfermería desde los ámbitos de gestión, asistencia, educación e investigación, el reconocimiento de la importancia de la enseñanza a pacientes desde la formación de futuros profesionales así como la integración de competencias educativas y de manera fundamental la relación de ayuda en la educación terapéutica a pacientes desde un enfoque psicosociológico.

El estudio tiene también importancia especial ya que busca permitir a otros profesional el enriquecimiento con los hallazgos, su reproducción y complementación con nuevos proyectos acordes a su contexto sociocultural además de redefinir el papel educador del profesional considerando el desarrollo de las propias competencias para orientar el proceso educativo acorde a las necesidades del paciente y la importancia del contexto en el desarrollo de esta función.

Desde la gestión del cuidado permite identificar su utilidad para el planteamiento de propuestas educativas innovadoras y efectivas que permitan potencializar la enseñanza para la continuidad del cuidado, a través de mecanismos de apoyo al personal en su labor de cuidador en forma individualizada al paciente y familia mediante la organización de recursos y desarrollo de liderazgo, además la función educadora puede contribuir al desarrollo del rol autónomo del profesional de enfermería, y a la satisfacción del paciente y por consiguiente a la calidad de la atención, a su seguridad y reducción de costos ya que un paciente comprometido con el cuidado de sí mismo será menos propenso a reingresos hospitalarios y por ende a disminuir el número de ingresos.

3.3. Pregunta de Investigación

¿Cuál es la experiencia del profesional de enfermería sobre la enseñanza a pacientes diabéticos hospitalizados para su cuidado en el hogar?

3.4. Objetivo

Describir las experiencias del profesional de enfermería, sobre la enseñanza a pacientes diabéticos hospitalizados para su cuidado en el hogar.

CAPÍTULO IV. MARCO CONCEPTUAL

La educación es un proceso representado por cualquier influencia sobre el individuo que lo haga capaz de adquirir conocimientos, aptitudes, actitudes y comportamientos que acepte su grupo social.¹⁵

De manera especial, la educación a pacientes con enfermedades crónicas debe ir más allá de una información sobre su enfermedad y tratamiento, por ello conviene especificar que la educación al paciente que vive con una afección crónica no transmisible, no será sólo simple transmisión de conocimientos biomédicos o fisiopatológicos sobre su(s) enfermedad(es) y destrezas técnicas acerca de cómo usar un aparato de diagnóstico, sino el desarrollo de habilidades en todos los ámbitos de su vida cotidiana a través de procesos de empoderamientos de esa realidad.¹⁷

Se requiere además el uso de teorías de cambios de comportamiento. No es lo que se le ocurra al profesional de salud decir al paciente: yo pienso (o en mi opinión) que debe saber sin preguntarle qué debería hacer sobre sus dolencias o sin tener en cuenta sus preferencias, necesidades e intereses.¹⁷

Cuando se habla de personal de salud, se trata especialmente de médicos, enfermeras y trabajadores sociales entre otros¹⁵ siendo entre ellos, la enfermera(o) quién proporciona el cuidado directo a los pacientes, quien puede realizar su función educativa con el paciente, e irradiar hacia su familia, fomentar su participación y a tomar decisiones informadas sobre su atención. Incluye tanto el conocimiento que se necesita durante el proceso de atención como el necesario una vez que el paciente es dado de alta.¹⁸

4.1. Enseñanza del cuidado

La educación al paciente abarca aspectos muy amplios, por lo que su abordaje directo en el desarrollo de investigaciones es un tanto complejo ya que en la literatura existente se han encontrado diversos artículos orientados al tema realizados en diferentes contextos y desde distintas perspectivas, tanto con enfoque

cualitativo como cuantitativo, en éstos el rol educativo de enfermería, se ha presentado como promoción a la salud, educación para la salud, educación al paciente, entre otros. Sin embargo, para fines de este estudio, el término que se ha decidido utilizar es el de enseñanza a pacientes, en lugar de educación o promoción de la salud, ya que la enseñanza desde el punto de vista pedagógico, es definida como la acción de guiar, orientar y estimular al alumno. De manera análoga se realiza la enseñanza a pacientes, definida como un conjunto de actividades encaminadas a facilitar la comprensión del aprendizaje de los cuidados necesarios para mantener o mejorar la salud,¹⁵ responsabilidad del personal de salud, que tiene que considerar al paciente como sujeto activo y partícipe de su propio cuidado.

Desde los principios de siglo, las enfermeras han integrado la enseñanza a la persona cuidada y a la familia en sus funciones profesionales. Actualmente los cambios en la percepción de la salud y en la organización de los cuidados hace que esta enseñanza sea todavía más valiosa, ya que la gente, cada vez es más consciente de la posibilidad y de la necesidad de prevenir la enfermedad, así como de la importancia de mantenerse sano, la nueva orientación ambulatoria, que lleva a las personas enfermas a volver enseguida con su familia, hace que la educación sea absolutamente esencial.²⁵

La enseñanza es un proceso que se desarrolla entre la enfermera y la persona cuidada, es una intervención profesional por la cual la enfermera establece un proceso pedagógico con la persona cuidada, la familia o un grupo durante el cual proporciona información sobre la enfermedad, su prevención y su tratamiento, a fin de ayudar a la persona a tomar conciencia de sus capacidades de autonomía y a hacerse cargo de su evolución hacia un mayor bienestar.²⁵ Supone un tipo especial de comunicación, llamada “comunicación pedagógica”, que tiene como fin enriquecer o mejorar los conocimientos de la persona sobre su estado de salud y el tratamiento de su enfermedad, puede ser espontánea o estructurada de antemano, puede dirigirse a una persona o a un grupo. Aborda, según los casos, elementos de naturaleza cognitiva, afectiva y psicomotriz²⁵ necesarios para que la persona afronte

los cambios en su situación de salud, particularmente ante una enfermedad crónica como lo es la diabetes.

Para el desarrollo de la enseñanza a pacientes, se requiere considerar el cuidado como elemento esencial, así, para F. Colliere cuidar es ante todo un acto de vida. Cuidar es un acto individual que uno se da así mismo cuando adquiere autonomía, pero de mismo modo es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que, temporal o definitivamente, requiere ayuda para asumir sus necesidades vitales.²⁶ En la edad adulta, la persona puede llegar a recibir cuidados en determinadas circunstancias, pero a la vez ser proveedora de cuidados, aportando su contribución a los cuidados por medio de la familia y del ejercicio profesional, y todo esto no ocurre sólo en las profesiones llamadas sanitarias.

Así también existe una diferencia entre la naturaleza de los cuidados que tienen por objeto asegurar la vida diaria, y los que se centran en la enfermedad, que a menudo se proporcionan excluyendo al que la vive. Estos cuidados, se refieren a los cuidados de costumbre y habituales, relacionados con las funciones de conservación de continuidad de la vida, representan a todos los cuidados permanentes y cotidianos que tienen como única función mantener la vida, están basados en todo tipo de hábitos, de costumbres y de creencias.

A medida que se constituye la vida de grupo, nace todo un ritual, toda una cultura que programa y determina lo que se considera bueno o malo para conservar la vida. Estos cuidados representan el tejido, la textura de la vida y aseguran su permanencia y su duración.²⁶

En determinadas circunstancias, es necesario utilizar además de los cuidados habituales, los cuidados de curación o tratamiento de la enfermedad, que tienen por objeto limitar la enfermedad, es decir todo aquello que exige su tratamiento, luchar contra ella y atajar sus causas. Los cuidados centrados en el hombre en relación a su entorno se han polarizado en las sociedades occidentales, cada vez más en las enfermedades, comprometiendo un proceso de análisis que ha

aislado las causas orgánicas y las causas físicas y que ha dejado de lado las causas socioeconómicas.²⁶

La diferenciación de los cuidados de curación se hace aislando cada vez más a cada individuo de su entorno, de su nicho ecológico, de su grupo, e incluso de sí mismo como persona, puesto que el objeto de la curación se ha convertido poco a poco en la función orgánica o mental, el órgano, el tejido, la célula aislada de su todo, y por tanto de todo aquello que puede dar significado al proceso salud enfermedad.

De ese modo; los cuidados de curación van a predominar progresivamente hasta el punto de obliterar e incluso excluir los cuidados para el mantenimiento de la vida, que se minimizan y se hacen secundarios, cuando siguen siendo fundamentales, puesto que sin ellos ninguna vida puede continuar.²⁶ De ahí que la función educadora del profesional de enfermería se oriente a promover en el paciente el cuidado de sí mismo, entendido como la práctica de vida diaria que la propia persona realiza y que la lleva al mejoramiento de su salud a través de su participación activa y responsable.

4.2. Enseñanza a pacientes hospitalizados con diabetes para su cuidado en el hogar.

Cuando el paciente es dado de alta requerirá la realización de cuidados en el hogar, entendidos como el conjunto de acciones que realizan en casa los pacientes con diabetes, respecto a alimentación, ejercicios, medicación, medidas higiénicas y cuidado de los pies, con la finalidad de disminuir las complicaciones derivadas de su enfermedad. Implican un cambio en el estilo de vida de la persona para que pueda adaptarse a ella y la haga parte de su vida. Dichos cuidados podrán ser realizados de manera autónoma si sus condiciones de salud lo permiten o ser recibidos a través de su familia, con la finalidad de mejorar su calidad de vida, evitar complicaciones y reingresos hospitalarios ya que la diabetes es un equivalente de enfermedad cardiovascular debido a que el riesgo de sufrir un desenlace de esa naturaleza, es igual al de la cardiopatía isquémica.

El objetivo principal de la enfermería es el cuidado de la salud del ser humano con todos sus valores, potencialidades y debilidades, mismos que son valorados junto con las experiencias que la persona está enfrentando en el momento que ha perdido su salud, la enfermera le ayuda a entender y tener conocimiento de la situación, con lo que le permite incorporar y confrontar sus valores en situaciones adversas.

Existe diversos sustentos legales que dirigen la intervención de enfermería que a diferencia de otros profesionales del equipo de salud, al proporcionar los cuidados debe buscar la comunicación que la conduzca a hacer de su práctica una actitud permanente de acciones éticas a diferencia de sólo demostrar su destreza técnica.²⁷

Desde el deber ser de la enfermera respecto a la función de enseñanza a los pacientes, el código deontológico del Consejo Internacional para la profesión de Enfermería, contiene cuatro elementos principales que ponen de relieve las normas de conducta ética. Dentro del primer elemento correspondiente a la enfermera y las personas, hace referente respecto a las enfermeras en funciones de gestión y práctica asistencial les corresponde dispensar cuidados que respeten los derechos humanos y sean sensibles a los valores, costumbres y creencias de todos los pueblos. Además que la enfermera se cerciorará de que la persona reciba información precisa, suficiente y oportuna de manera culturalmente adecuada en la cual fundamentará el consentimiento de los cuidados y el tratamiento correspondiente.²⁸

Si bien, las consideraciones anteriores no se refieren directamente a la función educativa del profesional de enfermería, si hace alusión al respeto a las personas de acuerdo a sus características socioculturales, además del deber de proveer información a los pacientes, otro elemento que tiene que ver con la enseñanza a pacientes.

A nivel Nacional, se cuenta con el Código de Ética para enfermeras y enfermeros mexicanos, en el cual para los fines específicos del código menciona que se requiere una definición clara de principios éticos fundamentales que serán necesarios para el apego y desempeño correcto en todas las intervenciones de enfermería, encaminadas a restablecer la salud de los individuos, basadas en el conocimiento mutuo y con respeto de la dignidad de la persona que reclama la consideración ética del comportamiento de la enfermera, de ahí que dentro de estos principios, se encuentran incluidos de forma especial el de Veracidad que se define como el principio ineludible de no mentir o engañar a la persona.

La veracidad es fundamental para mantener la confianza entre los individuos y particularmente en las relaciones de atención a la salud. Por tanto, las enfermeras tienen el deber de ser veraces en el trato con las personas a su cuidado y con todo lo que a ella se refiera. Así también, el principio de Confiabilidad, el cual se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas. La enfermera debe mantener y acrecentar el conocimiento y habilidades para dar seguridad en los cuidados que brinda a las personas y a la comunidad.²⁷

Por otro lado, respecto al deber hacer del profesional de enfermería, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana: NOM 019 para la práctica de Enfermería en el Sistema Nacional de Salud, se entiende por cuidado a la acción encaminada a hacer por alguien lo que no puede hacer la persona por sí sola con respecto a sus necesidades básicas, incluye también la explicación para mejorar la salud a través de la enseñanza de lo desconocido, la facilitación de la expresión de sentimientos, la intención de mejorar la calidad de la vida del enfermo y su familia ante la nueva experiencia que debe afrontar,²⁹ lo cual hace mención de la inclusión de la enseñanza a pacientes dentro del cuidado a otorgar

Específicamente, respecto al deber hacer para la educación y básicamente sobre la enseñanza a pacientes con diabetes, la Norma Oficial Mexicana NOM015,

para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus, en su numeral 11.6. menciona que la mayor parte del cuidado de la diabetes depende de la persona con este padecimiento y para lograr el control, necesita ser educado en su autocuidado; la educación terapéutica es parte integral del tratamiento, debe proveerse desde el diagnóstico del padecimiento y luego de manera continua a lo largo del ciclo vital conforme aparezcan nuevos tratamientos o complicaciones, así también que para garantizar la calidad de la educación de la persona con diabetes se deben establecer programas de educación terapéutica, individuales o de grupo, estructurados y proporcionados por personal capacitado y/o educadores en diabetes.¹⁹

4.2.1. Trascendencia

La diabetes es un padecimiento complejo que lleva implícito una serie de situaciones que comprometen el control en los pacientes, lo cual favorece el desarrollo de complicaciones, con los consecuentes trastornos en la calidad de vida, muertes prematuras e incremento en los costos de atención y tasas de hospitalización¹⁹ por todo lo anterior, se puede considerar que no sólo afecta la vida del paciente sino además su entorno familiar y social.

Desde los sistemas de salud, a nivel nacional e internacional, es importante mencionar que al igual que otros países, México enfrenta problemas diversos que limitan la eficacia de los programas institucionales para la contención de esta enfermedad.¹ Destacando por su importancia, el insuficiente abasto de medicamentos, equipo inadecuado y obsoleto en las unidades de salud, la inaccesibilidad a exámenes de laboratorio, deficiencias en el sistema de referencia y contra referencia de pacientes, limitaciones de los servicios de apoyo psicológico, nutricional, nula promoción de actividad física, auto monitoreo y escasa supervisión de los servicios para alcanzar la adherencia terapéutica.¹⁹ Al respecto, entre los factores que determinan la no adherencia terapéutica, existen los factores personales del sistema o equipo de asistencia sanitaria y de la enfermedad y del tratamiento. Dentro de los factores personales, múltiples variables pueden mencionarse: falta de motivación, desconocimiento, baja autoestima, etc. La depresión frecuentemente ha

sido asociada con los resultados que se alcanzan en las enfermedades crónicas. Sobre factores del sistema de salud y los prestadores, pocos estudios se han realizado no obstante, está bien documentada esta relación entre adherencia y satisfacción con el equipo médico.³⁰

Cada día se ha ido estableciendo que una relación de colaboración entre paciente y él o los prestadores, puede contribuir a mejorar la adherencia, además esta variable parecería asociarse con mejoras en la participación del paciente en su cuidado. Respecto a la enfermedad y su tratamiento y tal como ya se ha mencionado, las tasas de adherencia parecen ser diferentes si se trata de una patología aguda versus una crónica.³⁰ Se podría establecer la siguiente relación: a mayor complejidad del tratamiento menos adherencia terapéutica.³⁰

La diabetes es el 4º problema de salud que mayores recursos económicos consume. El gasto sanitario originado por las complicaciones crónicas de la diabetes es tres veces superior al de su tratamiento y control. Además, la DM condiciona que el número de ingresos hospitalarios sea tres veces superior al de la población no diabética y en general el gasto sanitario de un paciente diabético se cuadruplica con respecto a la población general.³¹

En México de acuerdo a ENSANUT 2012, y reportado por la Federación Mexicana de Diabetes, la cifra de diagnóstico, aumenta después de los 50 años. Representa además un gasto de 3,430 millones de dólares al año en su atención y complicaciones.²⁰

Unos de los éxitos de la educación diabético lógica en los pacientes con esta afección es la reducción de los ingresos hospitalarios con la consiguiente disminución de los costos que esto implica, relacionados con la alimentación, medicamentos, pérdidas de días laborables, entre otros. Ya que se espera que una mejora en el cuidado de la diabetes aumentará la esperanza de vida de estas personas, por cuanto coadyuvaría a la prevención de sus complicaciones y a la reducción de la carga económica sobre todo en el uso de medicamentos (ya que a veces se le suspenden

completamente porque se controlan solo con dieta y ejercicios físicos) además también reducción de los gastos que esta enfermedad produce en la sociedad, concentrada sobre todo en los gastos por hospitalización.¹⁶

De igual forma, la educación sistemática a las personas con diabetes, contribuiría a mejorar la economía del paciente y de su familia al reducirse los gastos empleados en la adquisición de medicamentos, ya que muchos de estos enfermos que antes se inyectaban con insulina o utilizaban compuestos orales hipoglucemiantes, al tener un mejor control metabólico, requieren una dosis inferior de estos o muchas veces ya no se utilizan.¹⁶

De lo anterior se infiere que el óptimo cuidado de la diabetes, por parte del personal de salud y del paciente, puede prevenir o retrasar el desarrollo de complicaciones y dentro de este la educación desempeña una función preponderante.²⁷ Sin embargo a pesar de la importancia y bondades ponderadas sobre la educación a pacientes diabéticos, es ineludible reflexionar que si se cuenta con recursos terapéuticos suficientes y estos están al alcance de la persona enferma existe el interrogante ¿porque la diabetes con todas sus secuelas ha crecido incontrolablemente?.³²

Institucionalmente, se han ofrecido diversas respuestas: educación a la persona y cumplimiento de la adherencia terapéutica, sólo por mencionar algunas. Aun cuando todas esas propuestas han contribuido, sin embargo, no han cumplido su misión, pues la diabetes se ha establecido como un problema de salud nacional en México. Con respecto a la propuesta de proporcionar educación a la persona con diabetes, ha sido señalado también que el nivel de conocimientos no asigna el control metabólico, el éxito se ve influido por la habilidad para comprender, recordar y aplicar información adquirida especialmente en el medio ambiente donde se desenvuelve el enfermo esto incluye el hogar y área laboral, en otras palabras, el saber debe traducirse en acciones concretas.³²

Debido a que la enfermedad es un momento de crisis en la vida del individuo que le obliga a adaptarse a una nueva situación que puede prolongarse a corto o mediano plazo, puede cambiar su vida y la de su entorno familiar permanentemente. La finalidad inmediata de la información y educación sanitaria durante el ingreso al hospital es precisamente ayudar a la persona y su entorno familiar a adaptarse a esta nueva situación.³³

Los pacientes con diabetes tipo 2 requieren un control basado en un régimen de autocuidado que favorezca el monitoreo de la enfermedad, donde el individuo participe activamente, por lo que debe tener conocimientos, habilidades y motivaciones para poder desempeñar sus autocuidado con el fin de promover, mantener y conservar la salud y el bienestar. Asimismo la OMS plantea que el 95% del tratamiento del paciente diabético recae directamente en el.⁹

Durante el proceso de hospitalización, la educación efectiva comienza con una evaluación de las necesidades, que determina lo que el paciente y su familia necesitan aprender, así como la mejor manera en que debe darse. El aprendizaje es más efectivo cuando se adapta a los valores culturales y religiosos. Se centra también en el conocimiento y destrezas que ambos necesitarán para tomar decisiones, así como para participar y continuar en el domicilio, por ejemplo la atención médica para el seguimiento y las circunstancias en que se debe solicitar atención médica de urgencia.⁹

En este empeño, se requiere un acercamiento a las personas para dirigir el aprendizaje, así como tratar el problema integralmente, tomando en cuenta la forma de pensar, las ansiedades, las creencias de salud de esas personas y el entorno familiar y social en el cual se desarrolla su vida diaria.²¹ ya que ninguna otra entidad exige mayor participación por parte del afectado, pues él mismo debe administrarse la inyección de insulina o tomar tabletas o ambos y responsabilizarse con lo que come, cuándo y cómo; por tanto, la labor educativa del paciente debe durar toda la vida como forma para mantener compensada la enfermedad, evitar descompensación y complicaciones, razones por las cuales deben utilizarse en todo

momento diversos medios de educación y motivación, según las necesidades individuales del enfermo y las características propias del nivel de atención de salud que brinda el servicio.³¹

También, la educación se ha asociado con los resultados favorables de los pacientes, pero puede ser difícil si los recursos no están disponibles, si los "momentos de enseñanza" no se reconocen, o si la autoconfianza de las enfermeras que proporcionan la educación es baja,⁶ por lo que enseñar a un paciente, requiere indiscutiblemente el desarrollo de verdaderas competencias por parte del profesional de la salud, las cuales deben adquirirse por medio de una formación específica, que capacite al profesional para transmitir las al paciente, ya que además de la enseñanza que se debe brindar al paciente diabético durante su hospitalización, es de suma importancia la preparación del alta, por lo que se debe tomar en cuenta que las personas deben estar informadas y educadas en salud.¹⁴

Sin embargo todavía en la actualidad, la educación del paciente, es enseñada desde la escuela de enfermería, por lo general se presenta como un instrumento muy específico, como una tarea separada de otros trabajos de enfermería, los cursos incluyen a menudo las teorías del aprendizaje y como desarrollar un plan para la enseñanza, utilizar herramientas de enseñanza como folletos y videos, y evaluar el aprendizaje a través de demostraciones.³⁰ De manera que, cuando el estudiante de enfermería se gradúa, y es empleado como personal de enfermería, se enfrenta a la tarea de la educación del paciente, la nueva enfermera se da cuenta de "no tener tiempo para hacer todo eso", lo que en ocasiones es razonable.³⁴

Desafortunadamente, la mayoría de las escuelas de enfermería, no informan a los estudiantes que la enseñanza acerca de la educación del paciente, es sólo la introducción. En primer lugar, las enfermeras necesitan aprender habilidades básicas que enseñan en la escuela: como enseñar y como evaluar el aprendizaje, después en la vida real, tiene que aprender que esas habilidades se integran en cada interacción con cada familia, con cada paciente.³⁴

La enseñanza no es una tarea aislada, es parte de todo lo que todo proveedor de salud debe hacer, una vez que las enfermeras reconocen esto, pueden entender cómo preparar a las familias para el alta en lo que parece ser que el tiempo disponible es limitado.³⁴ Por ello, todo el tiempo empleado en la enseñanza debe ser de calidad. Lo que se necesita es un cambio de conciencia, es decir, poner atención, escuchar, observar como en la interacción dada con un paciente y la familia puede darse el proceso de enseñanza y aprendizaje, así la enfermera podrá guiar intencionalmente dicho proceso y controlarlo.

El hacer un cambio a una nueva visión del proceso de enseñanza, implica cuatro acciones:

- a) Mantener la atención
- b) Brindar la enseñanza en cada oportunidad
- c) Individualizar la enseñanza
- d) Colaborar con otros miembros del equipo de atención a la salud a alcanzar los objetivos de la enseñanza y las metas.³⁴

El propósito de la enseñanza del alta, es preparar a una familia para hacer frente a un cambio de estado de salud específico en casa, ya que al mantener la familia centrada en la enseñanza individualizada a las necesidades específicas del paciente y familia, y que estas sean actuales, hace que la enseñanza sea más eficiente y eficaz, por ello, sólo contenido relevante y significativo debe ser enseñado.

Dadas las limitaciones del tiempo, las enfermeras han de concentrar sus esfuerzos para cumplir con las metas de enseñanza. En pocas palabras, el paciente debe ser capaz de: tomar decisiones informadas, tener habilidades básicas de auto cuidado para sobrevivir, reconocer los problemas y saber cómo responder.

Si los proveedores de atención de salud mantienen este enfoque, ninguna enseñanza será tiempo perdido. Estos cuatro objetivos de enseñanza se pueden aplicar en cada situación. Cuando la educación del paciente se personaliza, de

acuerdo a las necesidades del paciente y su familia, es eficaz y eficiente y apoya la atención centrada en la familia. En esta colaboración activa, la atención de salud se proporciona a través de asociaciones mutuamente beneficiosas entre los proveedores de la salud, pacientes y su familia. Así, todos son tratados con dignidad y respeto.³⁴

La información se comparte de una manera que ayuda a los pacientes, familia a desarrollar puntos fuertes y mejorar el control y la independencia, además de brindar la enseñanza en cada oportunidad.³⁴ Para el desarrollo de un plan de enseñanza efectivo, sobre todo en pacientes con enfermedad crónica como lo es la diabetes, es necesario tener en cuenta que uno de los principales problemas en el manejo y control de estos pacientes, es su propia resistencia a seguir el tratamiento farmacológico y no farmacológico.³⁵ De ahí que al preparar un programa de enseñanza a pacientes, se requiere considerar las condiciones psicológicas, económicas, sociales y culturales en las que viven los pacientes, de igual importancia la formación y competencias del equipo de salud, ya que por medio de la OMS en año 2003, se ha declarado que los equipos de atención sanitaria están fracasando en cuanto al apoyo en la modificación de comportamientos de los pacientes, quehacer para el cual no han sido capacitados.³²

Durante todo el proceso de hospitalización pero sobre todo, cuando el paciente hospitalizado está próximo a ser dado de alta y regresar a su hogar, es importante que el profesional de enfermería se auto evalúe e identifique como ha sido la enseñanza que ha otorgado a su paciente con diabetes.³⁴ Ya que estimular la continuidad del tratamiento es de extrema importancia, considerando que la educación en salud puede ser una de las estrategias, que permiten un mejor seguimiento de los pacientes frente al esquema de tratamiento.³⁶

En el desarrollo de un plan educativo, el profesional de enfermería deberá identificar primero qué rol desempeña el paciente en su familia, en el cuidado de su enfermedad y su grupo social, así, la enfermera diseñará su estrategia educativa donde podrá incluir: los factores de riesgo y su manejo, así como los signos y

síntomas para detectar la presencia de las complicaciones, pero además de esos aspectos, los sentimientos y comportamientos del paciente hacia su enfermedad, es decir como la vive.⁹

De acuerdo con el panorama anterior, si el paciente asume medidas de cuidado pero necesita guía y soporte, es de vital importancia que enfermería proporcione educación en forma oportuna, clara y precisa, siendo consultora o facilitadora del conocimiento, a fin de propiciar un entorno que favorezca un diálogo que solucione los problemas o las inquietudes del paciente y su familia.⁹

En el rol de la enfermera en la educación al paciente diabético, sobre su cuidado en el hogar, debe considerar que el paciente necesita equilibrar determinadas circunstancias, como la dieta, la actividad física, el estrés físico y emocional, además de situaciones especiales, para conseguir la normogluceemia. Además deben crear hábitos de vida estrictos (horarios de comidas, composición de las mismas etc.) para prevenir complicaciones a largo plazo. Todo ello hace que la educación sea fundamental para su control metabólico.⁹ Para el desarrollo de un programa educativo efectivo, es de vital importancia destacar las competencias del paciente para el autocuidado, corregir debilidades, detectar si necesita guía periódica o apoyo permanente y reforzar enseñando a aprender.⁹

4.3. Sustento teórico-epistemológico del estudio.

En el presente estudio, es considerado el enfoque fenomenológico, ya que en una aproximación fenomenológica, nos interesa saber “que” es el otro, y para poder acceder es esencial comenzar interesándonos por saber cómo se muestra, cómo se manifiesta, que aspecto tiene, que parece ser.³⁷

A la fenomenología, se le puede considerar como una filosofía o variedad de filosofías relacionadas entre sí, que se preocupa además por el enfoque y el método. Edmund Husserl (1990) considerado como el padre de la fenomenología, la consideraba como las tres cosas: una filosofía, un enfoque y un método.³⁷ La multiplicidad de sentidos del término experiencia, hace difícil examinar su concepto a menos de ensalzarse con enojosas posibles precisiones. Así, el término experiencia se usa en varios sentidos, siendo entre ellos:

1.- La aprehensión por un sujeto de una realidad, una forma de ser, un modo de hacer, una manera de vivir. La experiencia es entonces un modo de conocer algo indirectamente antes de todo juicio formulado sobre lo aprendido.

2.- La enseñanza adquirida con la práctica, se habla entonces de la experiencia de un oficio y en general de la experiencia de la vida.

3.- La aprehensión sensible de la realidad externa.³⁸

Para fines del presente estudio, ha sido considerado el concepto de experiencia como la aprehensión sensible de la realidad externa, ya que se dice entonces que tal realidad se da por medio de la experiencia, también por lo común antes de toda reflexión y como diría Husserl, pre-predictivamente. Husserl admite así mismo una experiencia primaria, anterior a la experiencia del mundo natural: es la experiencia fenomenológica. Hay en todo caso según Husserl, una experiencia “pre predicativa” que en ocasiones ha identificado con el hecho de ser dados con evidencia los objetos individuales. Pero ninguna experiencia es aislada: toda experiencia se halla por así decirlo alojada en un horizonte de experiencia.³⁸

La tradición de Husserl, es epistemológica, enfatiza el regreso a la intuición reflexiva para escribir y clarificar la experiencia tal como se vive y se construye en conciencia. Desde el punto de vista de Husserl, todas las distinciones de nuestra experiencia deben hacerse carente de presuposiciones (subjetividad trascendental –epoché), permitiéndonos a nosotros mismos, fundar con certeza nuestros juicios

acerca de la realidad de nuestra experiencia sin relación con las tradiciones o teorías históricas creando así una base segura para describir la experiencia y conseguir del mundo tal y como es. En este sentido, el lenguaje fenomenológico es descriptivo y su propósito: hacer que la experiencia original le sea evidente por medio de la intuición clara (la percepción directa o intuición clara es la forma de como se constituyen los fenómenos).³⁷

Muchos de los estudios realizados desde la perspectiva positivista de la disciplina de enfermería, tienden a dividir en fragmentos a las personas, conduciendo a un reduccionismo que en realidad sirve de poca utilidad.³⁷ Por ello el empleo del enfoque fenomenológico desde la concepción de Husserl, es de gran utilidad en la descripción de las experiencias vividas por el personal de enfermería en la enseñanza que proporcionan a pacientes con diabetes que se encuentran hospitalizados, sobre el cuidado que requieren cuando regresan a su hogar, para así poder describir el fenómeno a partir del día a día de los participantes, permitiendo hacer un aporte al conocimiento desde la práctica de enfermería.

Así también, el sujeto de la enfermería, es la persona que ejercita o practica la enfermería, es decir, la enfermera(o) misma(o), su bienestar y su mejor calidad de vida, es decir, su desarrollo en sus diferentes dimensiones, profesional social cultural, espiritual entre otras.³⁹ Hablar del sujeto de enfermería frecuentemente se ha asumido que es el paciente-cliente usuario, excluyendo con ello a la enfermera(o) como sujeto del cuidado y por tanto anulando su corporalidad y espiritualidad, su capacidad de opinar, de participar, de ser gregaria y también de discrepar, de disentir y de proponer. La legitimidad social frecuentemente ha exigido a la enfermera que anule su corporalidad y su subjetividad.³⁹

Con base en lo anterior, se ha elegido el enfoque fenomenológico con el deseo de abordar una nueva perspectiva, donde no se busca obtener generalizaciones, sino la intención de obtener resultados que puedan mostrarse y propiciar la reflexión sobre el fenómeno de estudio, donde pudieran emerger nuevas

formas de potenciar la enseñanza a los pacientes, retomando, las experiencias descritas por los participantes como lo han sido los profesionales de enfermería.

CAPÍTULO V. METODOLOGÍA

5.1. Diseño

De acuerdo con Taylor y Bodgan, la frase metodología cualitativa, se refiere en su más amplio sentido, a la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable.⁴⁰ Por ello, fue seleccionado para el presente estudio, el enfoque cualitativo considerando de manera particular, que la investigación cualitativa permite construir e interpretar a partir de datos, los significados y percepciones de los seres humanos frente a un fenómeno o situación dentro del contexto social; dando sentido a lo expresado por parte del investigador y el participante de estudio.

La perspectiva fenomenológica es esencial para nuestra concepción de la metodología cualitativa. De la perspectiva teórica depende lo que estudia la metodología cualitativa, el modo en que lo estudia, y en que se interpreta lo estudiado. Para el fenomenólogo, de acuerdo a Taylor y Bodgan, la conducta humana, lo que la gente dice y hace, es producto del modo en que define su mundo.⁴⁰

Para el desarrollo de la presente tesis, ha sido empleado el método Fenomenológico, ya que en la investigación fenomenológica, el investigador está preocupado con la naturaleza de lo que va a investigar, por lo que no existe una comprensión previa del fenómeno. Es necesario explicitar que esta trayectoria no depende de supuestos ni de teorías explicativas, no hay problemas, no hay hipótesis a ser verificadas con un modelo estadístico, por lo tanto no se conoce las características esenciales del fenómeno que se pretende estudiar.

5.2. Contexto o lugar donde se realizó el estudio

El escenario ideal para la investigación, es aquel en el cual el observador obtiene fácil acceso, establece una buena relación inmediata con los informantes y recoge directamente datos relacionados con los intereses investigativos.⁴⁰ Si bien, Taylor y Bogdan recomiendan que los investigadores se abstengan de estudiar escenarios en los cuales tenga directa participación personal o profesional ya que cuando uno está directamente involucrado en él, es probable que vea las cosas desde un punto de vista particular. Sin embargo, también menciona que para el investigador cualitativo, todos los escenarios y personas son dignos de estudio. Ningún aspecto de la vida social es demasiado frívolo o trivial como para ser estudiado. Todos los escenarios y personas son a la vez similares y únicos.⁴⁰ Por ello el haber realizado el presente estudio, en el propio escenario, ha sido a la vez un desafío, ya que se trató en lo posible de evitar los prejuicios en el momento de realizar las entrevistas y sobre todo en el análisis de los datos.

De ahí que la institución donde se realizó el estudio, correspondió a un hospital regional de especialidad, en Culiacán, Sinaloa, específicamente en el tercer piso, en los servicios de hospitalización de cirugía y medicina interna. El número de camas con que cuenta el servicio de medicina interna es de 27, con un 43% de ocupación, y un promedio de días estancia de 8.5.

En dichos servicios, el número asignado de pacientes para cada enfermera es de cinco pacientes para el turno matutino, aumentando en los diferentes turnos de acuerdo a indicador y necesidades del servicio. Así también para el servicio de cirugía hospitalización cuenta con un número total de treinta y seis camas y un porcentaje de ocupación de 85.5% con un promedio de días estancia de 3.9.

5.3. Participantes

La población estudiada, fue constituida por personal de enfermería que laboraba en los servicios de medicina interna y cirugía hospitalización, de cualquier turno cualquier categoría, que hayan trabajado en dichos servicios no menos de dos años y sobre todo que aceptaran participar de manera voluntaria en el estudio. La selección de participantes fue realizada a través de muestreo teórico, ya que esta estrategia puede utilizarse como guía para seleccionar las personas a entrevistar, el número de casos para el estudio, carece relativamente de importancia lo importante es el potencial de cada caso⁴⁰ en este muestreo deliberado, quién será seleccionado después depende de quién ya forma parte de la muestra y que información se ha obtenido.⁴¹

En este tipo de muestreo, se diversifica deliberadamente el tipo de personas entrevistadas hasta descubrir toda la serie de perspectivas de las personas que estamos investigando. Uno percibe que ha llegado a ese punto, cuando las entrevistas con personas adicionales no producen ninguna comprensión.⁴⁰

5.4. Técnicas de recogida de información

Para la recolección de la información fue utilizada como técnica de recolección de datos: la entrevista a profundidad, que de acuerdo a Díaz Barriga, opera bajo la suposición de que cada persona re significa sus experiencias a partir de la manera como ha conformado su esquema referencial. Esto es, la forma cómo ha integrado su conocimiento, percepción, valoraciones en relación a lo que la rodea.⁴²

Los significados que el sujeto asigna a una experiencia son personales, son íntimos, sólo pueden ser reconstruidos mediante su propia palabra. La experiencia de esta manera es algo íntimo, singular que va más allá del conjunto de acciones de lo que habitualmente se reconoce como real.⁴²

5.5. Instrumento de recolección de la información

Fue a través de una guía de preguntas semi estructurada (Anexo 1) que incluyó una pregunta orientadora y varias adicionales que orientaran sobre la obtención de datos, dejando que la persona informante expresó las experiencias vividas de haber enseñado a pacientes durante su práctica de cuidado diaria.

En el presente proyecto, no fue delimitado de antemano el número de entrevistas a ser realizadas, así como los discursos expresados de cada informante.

El número de entrevistas concluyó cuando se consideró que existió saturación de datos, es decir, cuando las respuestas de los informantes, fueron similares a las de las anteriores entrevistas. La saturación, ha sido comúnmente utilizado como término en estudios fenomenológicos, también para referirse a la redundancia o como un área agotada, la saturación significa que el investigador ha hecho una exploración exhaustiva del fenómeno estudiado, cuando el investigador no encuentra de parte de los informantes más explicación, interpretación o descripción del fenómeno estudiado, de hecho tiende a haber una redundancia en la cual el investigador obtiene la misma (o similar información) en repetidas indagaciones. De ahí que la redundancia y duplicación de ideas similares, significados, experiencias y descripciones ocurran en los informantes, de manera que ya no se obtiene más información.⁴³

Entrevista inicial

En un primer momento, se realizó un entrevista inicial con la finalidad de obtener información sobre la enseñanza de cuidado en el hogar a pacientes diabéticos sobre su cuidado en el hogar, aplicada a enfermeras(os) sin pretender inducir las respuestas. Iniciando con una pregunta orientadora de la cual surgieron otras de interés y/o las preguntas diseñadas previamente.

Una vez realizada la primera entrevista a un participante, fue muy importante retomar lo escrito por Díaz Barriga: No se trata de quedarse con la primera respuesta,

sino de buscar, profundizar, de provocar en el entrevistado una serie de asociaciones y producciones que amplíen, y contradigan sus formulaciones.⁴²

5.6. Análisis de datos

La recolección de información concluyó hasta haber logrado saturación teórica de la misma por los participantes, con un total de siete participantes. Con la información obtenida se realizó el análisis de los datos de acuerdo a la propuesta de De Souza Minayo de análisis de contenido, a cual incluye: ordenamiento de datos, clasificación de los datos y el análisis final.⁴⁴

5.6.1. Ordenamiento de los datos, para tal efecto, una vez obtenidas las grabaciones de entrevistas de tres participantes, se procedió a su transcripción, lo que requirió un proceso minucioso y lento, obteniendo un material extenso y muy denso. Cada entrevista fue transcrita de acuerdo a cada una de las preguntas y dividida en segmentos de los textos sin perder la coherencia de los mismos, incluidos el Emic y Etic así como la identificación preliminar de un tema o subtema, dando nombres preliminares.

Así también, es importante resaltar que en esta primera etapa se encontró con un número excesivo de temas y subtemas. En esta etapa también se elaboró un cuadro de frecuencias de dichos temas y subtemas, con la clasificación preliminar de los mismos, lo cual permitió identificar de primer instancia que temas y subtemas emergían con mayor frecuencia, e iniciando una primera reducción de los mismos.

Posteriormente, al ser realizadas otras cuatro entrevistas, a participantes, el cuadro de organización de temas y subtemas se fue modificando y en base a otros temas y subtemas que emergieron se fue también re estructurando la guía de preguntas, para dar seguimiento y/o profundidad a los temas emergidos, siendo todo ello, un proceso lento que requirió un nuevo ordenamiento de los datos, esta etapa fue fundamental ya que permitió un primer acercamiento con la clasificación de los datos y la reflexión sobre la complejidad de su ordenamiento.

5.6.2. Clasificación de los datos

Una vez reconstruido el cuadro de frecuencias de temas y subtemas, se llevó a cabo la lectura de los resultados obtenidos y se procedió a realizar el análisis vertical a través de la reducción de temas y subtemas lo cual también constituyó una tarea compleja.

Posteriormente, una vez identificados las categorías y subcategorías, se procedió al análisis horizontal de los datos, para ello se agruparon todos los párrafos de los diferentes discursos de los participantes que estuvieran relacionados con dicha categoría para facilitar la identificación de similitudes en cada uno de los discursos de los participantes, es decir, las unidades temáticas, hacia donde se fueron orientando los discursos. Finalmente se procedió a definir las categorías, subcategorías y unidades temáticas.

5.6.3. Análisis o informe final

El ordenamiento y clasificación de los testimonios, derivó en la comprensión e interpretación del sentido de los testimonios, se interpretó la información analizada a través de una construcción narrativa de los temas o categorías reconstituidas, realizando un proceso de contrastación con la teoría, apoyándose en citas originales al respecto.⁴⁴

En el presente estudio, el ordenamiento y clasificación de los testimonios, permitió la construcción e interpretación de los hallazgos intentando dar un sentido a los mismos. La información analizada se fue interpretando a través de una construcción narrativa de las categorías y subcategorías reconstruidas, para así en cada una de ellas incluir definiciones conceptuales y operativas o propias del presente estudio, incluyendo los discursos más significativos que pudieran dirigir o sustentar dichas categorías o subcategorías, así mismo se fue realizando el proceso de contrastación con la teoría, sustentado además con citas originales incluidas en el marco teórico y estado del arte del presente estudio, los cuales a su vez fueron ampliándose durante el proceso de redimensión de las categorías.

5.7. Protección de la intimidad

Para la protección de la intimidad de los participantes y la captación de los mismos, fueron tomados en cuenta los siguientes aspectos:

Se explicó a participantes, el objetivo del estudio, para ello fue mostrado formato de consentimiento informado (anexo 2), y solicitado autorización para realizar grabaciones y entrevistas en diferentes oportunidades. Así mismo se explicó que su participación sería grabada por ser una técnica adecuada a la investigación cualitativa, donde son fundamental sus narraciones así como transcripción textual de las entrevistas, se respetaron los principios éticos de respeto, confiabilidad y beneficencia y no maleficencia en relación a la información obtenida de cada participante. Así mismo, se explicó que en la transcripción de entrevistas, serían utilizados nombres ficticios para protección de su identidad.

La información obtenida ha sido resguardada bajo el principio de confidencialidad y anonimato de la información obtenida, así como el respeto a la persona, de acuerdo al principio de autonomía, que corresponde garantizar la confidencialidad y la privacidad de las personas que fueron estudiadas.

Fue también dado a saber a los informantes que las notas tomadas, no contendrían nombres ni identificación de información sobre individuos o la organización a fin de respetar la confidencialidad tanto de ellos como de la organización,⁴⁰ la cual corresponde a un hospital de tercer nivel de atención, ubicado en el estado de Sinaloa.

Así también, se informó a las personas participantes, que tenían derecho a tomar la decisión de retirarse del estudio en el momento que lo desearan, se explicó también, que los resultados de los datos obtenidos, serían dados a conocer para corroborar la veracidad de los mismos.

5.8. Temporalización

Previa a la recogida de datos, se emitió un escrito al comité de Ética e Investigación de la Institución Hospitalaria donde fue realizado el presente estudio, con un duplicado del proyecto, presentación de proyecto ante la Coordinación de Enseñanza e Investigación Médica y de Enfermería, así como a la coordinación de Enfermería. Posterior a la obtención de oficio de autorización, inició la recogida de datos en el mes de abril de año 2014. Es importante mencionar que el protocolo fue registrado en comité de Ética e Investigación de la Institución.

Las entrevistas fueron llevadas cabo de forma quincenal o mensual con una duración aproximada de 30 minutos a 1 hora, en cada una de ellas apoyadas en las preguntas de la guía (anexo 1).

Para el orden y seguimiento de la información, se recabó en formatos de la entrevista, lo cual facilitó el identificar la descripción, organización, reducción e interpretación de los datos. En cada entrevista que se transcribió, fueron utilizados nombres ficticios para cada uno de los participantes, y seguida del nombre asignado, un número en orden de entrevista a cada una de las personas.

Sitio de realización de las entrevistas

El sitio de realización de las entrevistas, fue un lugar libre de ruido, en sala para actividades de enseñanza de enfermería, una área cómoda y discreta, y acordado con los directivos de enfermería que las enfermeras(os) fueran entrevistadas en un horario diferente de su turno, en función de autorización del tiempo para ello y por petición de participantes para participar y evitar sentir presión de estar laborando y esto afectara durante la entrevista por estar en el servicio y dentro de horario de trabajo y sobre todo a cargo del cuidado de sus pacientes.

La inserción en el campo, no sólo sirve para recolectar información y determinar la calidad de los datos en que se basan los hallazgos, análisis y conclusiones, sino también como un elemento integrador del proceso de investigación que permita realizar una lectura de la realidad más específica.⁴⁵

Orientado al presente estudio, la inserción en el campo implica el ingreso a los servicios de hospitalización donde enfermeras(os) brindan atención directa a pacientes. Una vez identificadas la primera persona, se solicitó su participación, se acordó fecha, hora y lugar para la entrevista.

La recolección de la información fue iniciada en el mes de abril de año 2014, el desarrollo del estudio en general fue contemplado de abril de 2014, a junio de 2015.

5.9. Consideraciones éticas del estudio

Para el desarrollo del presente estudio, se requirió respetar los principios básicos de la Declaración de Helsinki de la Asociación Mundial Médica, principalmente los siguientes:

6.- Respetarse siempre el derecho de las personas a salvaguardar su integridad. Deben adoptarse todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental y su personalidad.

7.- En la publicación de los resultados de su investigación el médico está obligado a preservar la exactitud de los resultados obtenidos.

9.- En toda investigación en personas, cada posible participante debe ser informado suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio podría ocasionar. Las personas deben ser informadas de que son libres de no participar en el estudio y de revocar en todo momento su consentimiento informado otorgado libremente por las personas, preferiblemente por escrito.⁴⁶

5.10. Rigor metodológico

La credibilidad.

La credibilidad, se refiere al valor de verdad o verosimilitud de los hallazgos que el investigador ha establecido por medio de observaciones prolongadas, compromisos o participación con los informantes o la situación en la que el conocimiento acumulativo es lo “verosímil”, o las experiencias vividas por quienes son estudiados.⁴³ En las acciones realizadas para tratar de alcanzar este criterio, implicó la necesidad de recolectar la información a través de las entrevistas mediante escucha activa y establecimiento de una relación amable con cada uno de los informantes. Posteriormente se procedió a verificar con ellos si las transcripciones de entrevistas y resultados eran creíbles y aceptados por los informantes.

Auditabilidad

Este criterio se refiere a la posibilidad que otro investigador pueda seguir la ruta de lo que el investigador llevó a cabo. Es por eso que para tratar de cubrir este criterio, se llevó a cabo un registro de las estrategias y/o modificaciones en el desarrollo de la investigación realizando una descripción detallada de los mismos, e integrando en una carpeta con el seguimiento de entrevistas, modificaciones a la guía de pregunta así como la construcción y reconstrucción de categorías y subcategorías conforme iban aumentando el número de entrevistas.

La transferibilidad

Como los análisis cualitativos están tan firmemente arraigados en contextos específicos, algunos investigadores piensan que no es posible hacer inferencias que se apliquen a otras poblaciones. Otros investigadores parecen sacar conclusiones generales de sus investigaciones de manera demasiado causal.⁴⁷

Para el presente estudio, se ha considerado este criterio, esperando que los hallazgos obtenidos puedan ser transferidos a otro contexto o situación similar, ya que de acuerdo a Morse, las similitudes con otras situaciones, semejantes pueden contribuir a ampliarlos usos del conocimiento. Es responsabilidad del investigador establecer si este criterio puede satisfacerse en un contexto similar, y al mismo tiempo perseverar los hallazgos particulares originales de un estudio.⁴³

Fue considerado incluir este criterio ya que ha sido contemplada la posibilidad de que los resultados del presente estudio pudieran ser extendidos a otras poblaciones, reconociendo de antemano que sólo será posible a través de la lectura crítica de lectores expertos en investigación cualitativa quienes determinarán si ello es posible ya que se ha buscado una aproximación para alcanzar los criterios incluidos en la construcción de la presente investigación ya que no es un proceso aislado sino que debe ser sometido a juicio crítico de evaluadores de quién se podrá obtener observaciones valiosas para su ajuste.

CAPÍTULO VI. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El análisis de los discursos de informantes permitió identificar sus experiencias en la intersubjetividad con los pacientes particularmente en el aspecto de información (enseñanza) que le proporcionan en aras de contribuir al cuidado de sí para la preservación de su salud y prevención de complicaciones, a partir del cual emergieron las siguientes categorías:

1. INFORMACIÓN QUE PROPORCIONA LA ENFERMERA SOBRE CUIDADO

1.1. Información al paciente

1.2. Información a la familia

1.3. Momentos para enseñar

1.3.1. En el ingreso

1.3.2. Cuando se realizan procedimientos

1.3.3. En el egreso

1.4. Factores favorables/ desfavorables para enseñar

1.4.1. Actitudes de la enfermera hacia la enseñanza al
paciente diabético

1.4.2. Apoyo familiar como catalizador de la enseñanza al
paciente diabético.

1.4.3. Emociones del paciente

2. DIFICULTADES PARA LA ENSEÑANZA

2.1. Falta de actualización de la enfermera

2.2. Carga de trabajo.

1. INFORMACIÓN QUE PROPORCIONA LA ENFERMERA

La información es la comunicación o adquisición de conocimientos que permiten ampliar o precisar los que se poseen sobre una materia determinada.⁴⁸ En este caso, orientada hacia el cuidado en el hogar, que se proporciona a través del dato que es la unidad básica de la información.⁴⁹

En la presente investigación, y derivado de las realidades identificadas, se ha definido la información que proporciona la enfermera como proceso social que se lleva cabo durante los momentos de cuidado, básicamente durante la realización de procedimientos, orientado hacia el paciente, a través del cual, la enfermera comunica

y provee múltiples datos al paciente hospitalizado sobre su cuidado en el hogar, incluyendo para ello contenidos sobre alimentación, medicación, el cuidado de los pies para evitar complicaciones y de tecnologías básicas sobre cómo realizar su glicemia capilar con tira reactiva o uso de glucómetro para medición de su glucosa.

En toda información, es preciso considerar dos aspectos: a) la calidad, es decir, el tipo de información referido a la situación que hemos de abordar, en la que tiene que ver la pertinencia, la relación con el problema y la fiabilidad, el grado de confianza que merece para ser utilizada con toda seguridad y b) la cantidad, o número de datos precisos que se pueden obtener.⁴⁹

En la información que proporciona la enfermera, es imprescindible tener presente el significado de cuidado. Para Colliere, cuidar, es ante todo, un acto de vida, en el sentido de que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y permitir que ésta se continúe y reproduzca. Cuidar es un acto individual que uno se da a sí mismo cuando adquiere autonomía, pero del mismo modo, es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que, temporal o definitivamente, requiere ayuda para asumir sus necesidades vitales.²⁶

Bajo esa premisa, la información se debe brindar al paciente que se encuentra en condiciones de cuidarse por sí mismo, y a la familia que lo asistirá ya que en el hogar él será el responsable de mantener su vida. Existe también una diferencia entre la naturaleza de los cuidados, los que tienen por objeto asegurar la vida diaria, que hacen referencia a los cuidados de costumbre y habituales y los que se centran en la enfermedad, que a menudo se proporcionan excluyendo al que la vive. Estos últimos se refieren a los cuidados de curación: *cure*, relacionados con la necesidad de curar aquello que obstaculiza la vida.²⁶ Los cuidados de costumbre y habituales están basados en todo tipo de hábitos, de costumbres y de creencias. A medida que se constituye la vida de un grupo, nace todo un ritual, toda una cultura que programa y determina lo que se considera bueno o malo para conservar la vida.

Estos cuidados constituyen el tejido, la textura de la vida y aseguran su permanencia y su duración.

En determinadas circunstancias, es necesario utilizar, además de los cuidados habituales para el mantenimiento cuidados de curación, es decir todo aquello que exige el tratamiento de la enfermedad.²⁶ En el contexto institucional, el equipo de salud otorga información a pacientes ambulatorios y hospitalizados, en esta actividad la enfermera desempeña un papel relevante por el tiempo de interacción con la persona a fin de contribuir al cuidado de si para preservación de su salud y prevención de complicaciones, por ello, en esta categoría: Información que proporciona la enfermera, han emergido las subcategorías de: información que proporciona al paciente, información que proporciona a la familia y los momentos para informar.

1.1. Información que proporciona la enfermera al paciente

Como se señaló, la información es un proceso social, consciente y planificado para informar o informarse, a partir de diferentes fuentes, además de la experiencia obtenida mediante la observación directa del entorno.⁵⁰ En ese sentido, esto se puede advertir en las acciones cotidianas de los participantes, reflejado en los siguientes discursos, en los cuales la orientación ha sido en primer instancia a la alimentación del paciente:

En relación a la alimentación: oriento sobre una dieta baja en sales, azúcares, harinas, oriento, sobre que puede comer, doy sugerencias nutricionales... (Liliana 2)

Yo les digo de los alimentos prohibidos, se lo hago más entendible, sin términos médicos que ellos no entiendan, que tienen que consumir frutas, verduras pero que hay alimentos que causan daño, casi todos los diabéticos les gustan mucho los refrescos, dulces galletas... (Rita 7)

Además de informar sobre la alimentación, en los discursos de los participantes también ha sido descrito el cuidado del cuerpo, dirigido básicamente al cuidado de los pies:

Le doy información de que deben ponerse el calzado adecuado que no comprima los pies, y su aseo...higiene personal, diaria, informo de la dieta que debe ser baja en grasa y azúcar... (Nuria 4)

Si el paciente viene con un pie diabético o una lesión, se platica, que tiene que seguir cuidados en el hogar, cortar las uñas, usar zapato cómodo, cuidándose los pies para no llegar a como está en el hospital...que tenga conciencia de que es su cuerpo y lo debe cuidar... (Liliana1)

Por otra parte, también han sido incluidos aspectos relacionados con la medicación del paciente, de manera especial destaca sobre aplicación de insulina, como se puede observar en los siguientes discursos:

Al momento del alta, si no tienen mucho tiempo de estar enfermos, doy la información así: con una jeringa les explico, porque también el familiar no siempre es el mismo, y a veces unos si saben y otros no, con una jeringa le explico las unidades que se deben aplicar... (Nuria4)

Como se debe aplicar la insulina y cuando tienen problemas como algún pie diabético o alguna amputación oriento que curación se deben hacer y cómo hacerla... (Paula 6)

También en el discurso de las enfermeras emergieron recomendaciones para utilización de tecnologías básicas sobre cómo realizar su glicemia capilar, para el control de su glucosa, se pueden observar en los siguientes discursos:

Les recomiendo hacerse su glicemia capilar o usar su glucómetro, y cómo hacerlo, modificar sus hábitos alimenticios, ir con un nutriólogo para

que le indique los alimentos que debe ingerir, protegerse los pies, es lo que más recomendamos a los pacientes... (Edgar3).

Derivado de lo anterior, en los discursos de algunos participantes se ha logrado rescatar la forma en que es identificada como parte de la responsabilidad de que corresponde a pacientes con diabetes para el cuidado de sí mismo, evidenciado en el siguiente discurso:

Es difícil hacerlos cambiar, no creo que lo que hacemos sea todo, pero a veces uno no puede hacer más porque la mayor parte es de él, uno cumple y tratar siempre de hacer labor de convencimiento... (Edgar3)

En el discurso de Edgar, ha sido identificado como de cierta forma, ha orientado la responsabilidad de cuidarse al propio paciente, lo cual si bien es una condición necesaria para el cuidado de sí mismo, es igualmente importante que el equipo de salud otorgue a través de un proceso de enseñanza planificado los elementos necesarios para desarrollar dicho cuidado.

Por otra parte, si bien es evidenciado que las acciones educativas del profesional de enfermería, se han dado de manera descriptiva e informativa, algunos participantes han podido identificar diferencias importantes como se muestra en el siguiente discurso:

Es diferente enseñar que informar...cuando tu enseñas, vas a explicar más detalladamente, y en base al autocuidado más bien, y el informar no trasciende mucho, sería nada más que lo dices... no le quedaría una enseñanza... solo información... (Nuria 4).

A través del discurso de participante Nuria, ha sido posible un hallazgo importante en relación a que no es lo mismo informar que enseñar, ya que en la enseñanza al paciente diabético hospitalizado, además de informar, se requiere por un lado la valoración de sus necesidades, para poder otorgar una enseñanza

individualizada, y además de contenidos de calidad y en cantidad suficiente, la retroalimentación de lo enseñado.

En los discursos de diferentes participantes respecto a su experiencia de enseñar cuidar a pacientes con diabetes, se identifica el cuidado en el hogar, como un cuidado diferente, lo cual es una aproximación a la realidad del paciente de la necesidad de cuidado de sí mismo. Por otro lado, para Margaret Phaneuf, la enseñanza al paciente es un proceso que se desarrolla entre la enfermera y la persona cuidada. Es considerada como una intervención profesional por la cual la enfermera establece un proceso pedagógico que proporciona a la persona cuidada, a la familia o a un grupo, información sobre la enfermedad, su prevención y tratamiento, a fin de ayudar a la persona a tomar conciencia de sus capacidades de autonomía y a hacerse cargo de su evolución hacia un mayor bienestar.²⁵

En el análisis de los discursos de los participantes respecto a la experiencia vivida y retomando el concepto de Phaneuf sobre la enseñanza a pacientes, es posible identificar que dicho proceso como tal, no ha sido llevado a cabo por las participantes como un proceso pedagógico, sin llegar a profundizar en los contenidos de esos cuidados, si bien, es posible apreciar que las acciones de enfermería han sido limitadas a otorgar información a los pacientes. Así también, se puede advertir que esta orientación ha sido hacia los cuidados de curación, de acuerdo a la naturaleza de los cuidados descrita por Colliere, perdiendo de vista el entorno físico, espiritual ecológico y de otra índole.

En ese sentido, se puede advertir que en las acciones cotidianas de los participantes, incluyen la información que otorgan a sus pacientes respecto a su cuidado en el hogar, expresado en términos de pláticas, orientaciones, recomendaciones e información, de una manera general, con apoyo de la experiencia obtenida durante su práctica hospitalaria, por todo ello, y a partir de esa realidad, fue la denominación de la primera categoría.

Ya que aunque la información es necesaria, no es suficiente; sólo puede hablarse de educación cuando se ha conseguido un cambio favorable para la salud, la educación con este propósito es enseñanza aprendizaje, por tanto involucra tanto a quienes la imparten como a los que la reciben.¹⁵ Coincidiendo con los hallazgos encontrados en esta subcategoría.

Es bien sabido que desde principios de siglo, las enfermeras han integrado la enseñanza a la persona cuidada y a la familia en sus funciones profesionales. Es así que el desarrollo del rol educador de la enfermera en un contexto hospitalario, y la orientación de la enseñanza en forma particular a los pacientes con una enfermedad crónica como es la diabetes, tiene como objetivo promover un cambio en los hábitos de conducta del paciente mediante la sensibilización al autocuidado y autorresponsabilidad de su salud²⁵ lo cual es evidente que no se logrará con la información que se da al paciente, desde esta perspectiva, en las narraciones de los participantes, es reflejado que es otorgada una información sobre cuidado hasta cierto punto distanciándose de contribuir a la sensibilización de los pacientes y que esto pueda ayudarlos a hacerse responsables de su cuidado.

Los pacientes con diabetes tipo 2 requieren un control basado en un régimen de autocuidado que favorezca el monitoreo de la enfermedad, donde el individuo debe participar activamente, por lo que debe tener conocimientos, habilidades y motivaciones para poder desempeñar su autocuidado con el fin de promover, mantener y conservar la salud y el bienestar. Así mismo, la OMS plantea que el 95% del tratamiento del paciente diabético recae directamente en él.²³ Este planteamiento ha llevado a la reflexión de que, si bien es cierto, es muy importante que el paciente adquiera conciencia y asuma un rol participativo para su cuidado, es también un compromiso del equipo de salud para ayudar a los pacientes a lograrlo, no es solo la enfermera quien deba hacerlo, sino además el equipo de salud, médicos, trabajadores sociales, entre otros.

En el enfoque sanitario de equipo multidisciplinar centrado en la persona, la educación es fundamental para el control diabético y se centra en ayudar a las

personas a aprender a vencer los desafíos de vivir con diabetes y solucionar los problemas que surjan de su propio cuidado,⁵¹ sin embargo, a partir de los testimonios, es posible analizar que la información otorgada no se centra en las personas, ya que no es identificado en los discursos que se realice una valoración detallada para poder ayudarlos de forma efectiva, por ello cada uno de los integrantes del equipo de salud y de manera especial la enfermera está comprometida a fortalecer su rol educativo, ya que es algo que se debe a los pacientes.

De manera muy importante para el presente estudio, los hallazgos encontrados a través de los discursos de algunos participantes en relación a la forma en que es delegada al paciente la responsabilidad del cuidado de sí mismo y que es difícil hacerlos cambiar, ha reflejado la necesidad por parte de los profesionales de enfermería de que sean conscientes de la influencia de las creencias y los factores socioculturales de cada paciente que deben ser tomados en cuenta al momento de brindar enseñanza para contribuir a favorecer la adherencia al tratamiento y la necesidad del apoyo interdisciplinario.

Así también, lo expresado por estos participantes revela la influencia de la perspectiva de los sistemas de salud en la actualidad, al respecto, existe una crítica al modelo de medicina preventiva que pone al descubierto la concepción liberal e individualista que la sustenta, la salud como un derecho tránsito de responsabilidad del Estado a responsabilidad del individuo a elegir un estilo de vida con disminución de riesgos para enfermar, de no hacerlo es sometido a un juicio moral en el que se culpabiliza o criminaliza por tener fallas en su comportamiento, ocultando la multi causalidad y determinantes sociales de la salud enfermedad.⁵²

Referente a condiciones para mejorar la ayuda a estos pacientes se ha identificado la necesidad del trabajo interdisciplinario y apoyo técnico, ya que los profesionales en la mayoría de las instituciones, deben cumplir con múltiples actividades, entre ellas, las denominadas administrativas. Esta situación deteriora el cuidado que deben brindar a las personas hospitalizadas con diabetes mellitus y a sus familias. Es innegable que la enseñanza a pacientes no es un trabajo

unidisciplinar se requiere la participación de diversos profesionales de la salud en el desarrollo de las intervenciones educativas tales como profesionales de enfermería, nutricionistas, farmacéuticos, trabajadora social, psicólogos.⁷

El presente estudio, ha sido orientado básicamente a la enseñanza que ha proporcionado la enfermera a pacientes diabéticos hospitalizados, para el cuidado que requiere cuando ya deberá regresar a su hogar, por ello, durante el proceso de hospitalización pero sobre todo, cuando el paciente está próximo al alta y regresar a su hogar, es importante que el profesional de enfermería se auto evalúe e identifique como ha sido la enseñanza que ha otorgado a su paciente con diabetes, además de tomar en cuenta que aun cuando la enseñanza informal y espontánea tiene cierto valor, es mejor estructurarla, y planificarla en base a las necesidades del paciente,²⁵ dicha enseñanza, es importante recordar que debe ser un proceso continuo lo cual es posible identificar en los testimonios de participantes referente a la subcategoría de momentos para informar.

En el contexto hospitalario, es válido pensar que la prioridad sea educar para el autocuidado requerido durante la enfermedad, sin embargo, si las condiciones lo permiten, debe trascender al campo del autocuidado en la salud y articularse con los diferentes ámbitos de atención, de esta forma, los procesos educativos iniciados en el ámbito clínico con fines de recuperación y rehabilitación, se continúan en los espacios donde las personas viven, y se desenvuelven cotidianamente, centrados en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.¹

Del análisis anterior, deriva la necesidad de mejorar el proceso de enseñanza a pacientes diabéticos durante su hospitalización orientado a cómo prepararlos para el regreso a su hogar, tomando en cuenta que dicho proceso debe ser planificado de acuerdo a las necesidades de cada paciente para favorecer el empoderamiento del cuidado de sí mismo, ya que el tipo de apoyo adicional cuando estos pacientes egresan si bien es cierto, a través de la consulta médica de endocrinología y trabajo social, ha existido en la unidad hospitalaria donde realizan su práctica diaria los participantes, un circulo de apoyo a pacientes diabéticos no hay certeza de que los

pacientes al egresar del hospital, acudan para recibir apoyo en el seguimiento y cuidado de sí mismos.

1.2. Información que proporciona la enfermera a la familia.

La información no sólo debe ser dirigida al paciente, es fundamental que se incluya a la familia ya que sus integrantes pueden favorecer u obstaculizar el autocuidado, aspecto que será analizado en el siguiente tópico:

La familia, ha sido considerada como unidad única y total básica. Es una institución social que aparece en todas las sociedades conocidas, constituyendo una comunidad unitaria y total para los individuos que la integran.³⁹ En el presente estudio, al ser considerada la familia como una comunidad unitaria, en el cuidado que la enfermera(o) proporciona a los pacientes hospitalizados, está comprometida a otorgar información al paciente, la cual debe irradiar también a su familia con el fin de ayudar a fomentar su participación y a tomar decisiones informadas sobre su atención.

Por otra parte y de acuerdo a los estándares para la certificación de Instituciones de salud, el Consejo de Salubridad General en México, la educación al paciente y su familia, incluye tanto el conocimiento que se necesita durante el proceso de atención como el necesario una vez que el paciente es dado de alta.¹⁸

En este estudio, ha sido denominada la categoría de información que proporciona la enfermera respecto al cuidado del paciente diabético, por ello, además de otorgar información al paciente para su cuidado en el hogar, los participantes también han referido enseñar a los familiares de pacientes, como es expresado en los siguientes discursos:

La enseñanza que brindo, es al paciente y familiar, mi interés es a los dos juntos... porque finalmente el paciente se va a su casa y el familiar es el que va a estar con él, por eso procuro al paciente y que esté también el familiar... (Liliana 2)

También al familiar he enseñado, a ellos les parece bien y muy importante, lo que es muy difícil para ellos porque los pacientes no aceptan comer, siempre quieren comer lo que no deben... (Rita7)

Al familiar lo concientiza uno cuando se puede... también le digo que estén al pendiente porque esa persona se pondrá grave si no se atiende y no sigue las recomendaciones, ellos deben estar al pendiente que se cuide, porque el familiar lleva un porcentaje bastante elevado en el cuidado del paciente... (Edgar3).

A través del discurso de los participantes, puede advertir que la direccionalidad de la enseñanza, además de a pacientes diabéticos hospitalizados, ha sido orientada hacia los familiares, así descrito por los participantes, siendo Edgar quién en su discurso ha mencionado la importancia de la participación del familiar en el cuidado del paciente, es por ello que la enseñanza se ha orientado hacia ellos.

El mundo familiar se muestra como una vibrante variedad de formas de organización con creencias, valores y prácticas desarrolladas para buscar solución para las vicisitudes que la vida trae,³⁹ es por ello que es esencial que la enfermera considere la importancia de la información otorgada tanto al paciente como a la familia, en quienes la más de las veces queda a cargo el paciente, además aún de que el paciente pueda desarrollar el cuidado de sí mismo, es la familia como unidad social quién a través de lazos visibles o invisibles quién aportará soluciones para dicho cuidado.

1.3. Momentos para enseñar

Algunos investigadores que han centrado su atención en el rol educativo enfermero, dan cuenta de la importancia que tiene la educación en el contexto del cuidado, ya que al cuidar, se está educando permanentemente.¹ Luego entonces, momento de cuidado es una acción en que enfermera y otra persona se conectan para el cuidado humano como un punto de encuentro en un tiempo y espacio definido.⁵³

En el presente estudio momento para enseñar a cuidarse es definido como la acción en que enfermera y el paciente se conectan en un punto de encuentro donde al mismo tiempo que se brinda un cuidado al paciente se enseña la forma de cómo realizar su propio cuidado en el hogar. De ahí que la descripción que hacen los participantes de la experiencia vivida respecto al momento en que han otorgado información a pacientes diabéticos, han sido referido diferentes momentos implícitos en proceso de cuidado, lo cual es reflejado en sus discursos:

Desde el momento que ingresa el paciente...porque les enseñamos a su autocuidado y a darse importancia ellos mismos, para que tomen más criterios, más útiles y porque se identifican necesidades reales... (Marina 1)

A veces preguntan cosas no relacionadas con su problema entonces lo ubico en su realidad, le recuerdo porqué está en el hospital, a concientizarlo sobre su tratamiento, que es muy importante aceptarlo, se van dando las oportunidades, los momentos de cuidado y enseñanza. ..(Liliana 2)

Cuando estoy administrando medicamentos, y cuanto me presento, me quedo con ellos aproximadamente 20 o 25 minutos, me gusta estar enterado en todo lo que él siente, si tienen diabetes o hipertensión, u otros problemas es cuando yo abordo los temas que ellos necesitan cuando llego y en toda oportunidad...(Edgar3).

Por lo general en el tiempo que está hospitalizado, generalmente le doy la información antes de la cena, porque es cuando tenemos un poquito más... no digo que tiempo porque siempre estamos ocupadas, pero si... es cuando siento que hay un espacio para poder informarle o platicar al paciente acerca de su enfermedad... (Nuria 4)

Casi siempre se hace al realizar el alta... (Paula 6)

Cuando les tomo signos vitales, empiezo a platicar con él a orientarlo sobre su cuidado y platicamos también... (Rita7)

Los momentos para enseñar han sido descritos durante el ingreso de pacientes y a su egreso, de manera principal los participantes han coincidido en que han enseñado a pacientes a la par del desarrollo de procedimientos varios a sus pacientes, haciendo evidente que no existe un momento especial o designado para la enseñanza a pacientes, este hallazgo en especial refleja la necesidad de profundizar sobre esta realidad e identificar alternativas desde la gestión del cuidado para mejorar el proceso de enseñanza el cual como ha sido mencionado con anterioridad, no se da propiamente.

De forma especial ha sido Marina quién ha identificado la importancia de enseñar al paciente desde el momento de su ingreso porque se detectan las necesidades reales del paciente. Así también la participante Nuria ha mencionado que encuentra un momento propicio para orientar a su paciente antes de la cena, logrando hacer un espacio a pesar del trabajo cotidiano, derivado de este discurso, es posible darse cuenta de la necesidad de un proceso organizado, ya que además es identificado como una actividad adicional y no como parte del cuidado al paciente con diabetes.

Estos hallazgos coinciden con los encontrados por Ángel,¹ quien en su estudio sobre experiencia educativa del profesional de enfermería en un contexto clínico hospitalario, donde a través del análisis de los discursos emergió la categoría

“En todo momento y en todo lugar” donde fue reflejado que gran parte de los profesionales visualizan la ronda de enfermería como el momento educativo principal ya que en ella identifican las necesidades educativas inmediatas y mediatas tanto del paciente, de sus familiares o cuidadores y se empiezan a satisfacer.

El alta de los pacientes también fue resaltada como un espacio importante por muchos de ellos, en la medida en que el paciente o su familia deben salir con el conocimiento suficiente para el cuidado en casa. Al referirse que no toda la educación debe dejarse para el egreso, sino que es un proceso que se inicia desde el ingreso, que se despliega durante la hospitalización y que se refuerza al momento del alta.¹ Los hallazgos previos referentes al momento para enseñar, coinciden con los resultados del presente estudio, ya que desde el momento del ingreso del paciente, se requiere una valoración de las necesidades de aprendizaje para ser planificadas durante su estancia hospitalaria, y no solamente al momento del alta, ya que es bien sabido que el paciente y su familia se encuentran en ese momento más atentos a los procedimientos de egreso, así como del tratamiento indicado.

En relación a los momentos para la enseñanza, León³³ menciona que la enseñanza se puede llevar a cabo en cualquier momento, pero para ser eficaz, el profesional de enfermería debe escoger el que sea mejor para el paciente. Estableciendo un orden de prioridad en los cuidados, se debe dar respuesta a las necesidades específicas del usuario antes de iniciar el proceso de enseñanza.³²

Si bien, en base a los discursos de los participantes de esta primera categoría, ha sido identificado que el proceso de enseñanza al paciente no se ha sido evidenciado como tal, es necesario un replanteamiento de la función educadora. Así podemos ver que la enseñanza no es una tarea aislada de enfermería, es parte de todo lo que todo proveedor de salud hace. Una vez que las enfermeras reconocen esto, pueden entender cómo preparar a las familias para el alta en lo que parece ser que el tiempo disponible es limitado.³⁰

Una vez al tanto, la enfermera puede entonces guiar intencionalmente el proceso de enseñanza y controlarlo. Para ello se requiere hacer un cambio a una nueva visión del proceso de enseñanza, lo cual implica cuatro acciones: mantener la atención, brindar enseñanza en cada oportunidad, individualizar la enseñanza y colaboración con otros miembros del equipo de atención.³⁴

Con base en lo anterior, y desde la gestión del cuidado, para que enfermeras(os), puedan reconocer que la enseñanza al paciente diabético para su cuidado en el hogar es una actividad inherente al cuidado que proporcionan, se requiere además de compromiso, una preparación especial para el desarrollo de su rol educador, a través de programas de enseñanza continua aunado a la implantación de un programa sobre plan de alta al paciente, todo ello a través del desarrollo de un proceso de mejora continua.

1.4. Factores favorables/desfavorables para la enseñanza

El diccionario de la Real Academia Española define factor como elemento con causa, es decir cosa que junto con otra, es la causa de un efecto.⁴⁸ Para el presente estudio, se entiende por factores, aquellos elementos que pueden favorecer o no, el desarrollo de la enseñanza a pacientes con diabetes, los cuales han sido identificados a través del discurso de los participantes, entre ellos, las actitudes del profesional de enfermería, el apoyo familiar así como las emociones del paciente.

1.4.1. Actitudes del profesional de enfermería hacia la enseñanza del paciente diabético.

La actitud ha sido definida como tendencia o predisposición relativamente duradera para evaluar de un determinado modo a una persona su caso o situación a partir de los significados que se les da y actuar en consonancia con esta evaluación comprende una orientación social, en términos de una respuesta favorable o desfavorable que se manifiesta a través de contenidos cognitivos, afectivos y de comportamiento convincente y de manera verbal y no verbal.⁵⁴

En el presente estudio, se entiende por actitud, la predisposición del profesional de enfermería para la adopción de acciones educativas dirigidas al paciente diabético y su familia para el cuidado de sí mismo, lo cual es reflejado en los siguientes discursos:

Uno tiene la iniciativa, nos esmeramos y tratamos de hacerle llegar la información necesaria...he buscado por iniciativa propia en internet, porque no puedo usar términos que los pacientes no entiendan, tenemos que adecuar la enseñanza al nivel de ellos... (Edgar3)

Si tenemos interés e iniciativa, las cosas se van a dar y fluir, tanto el paciente como nosotras tendríamos una relación más positiva en cuanto a la enseñanza... (Liliana 2)

En los discursos de Edgar y Liliana, la iniciativa y predisposición a enseñar se puede considerar como actitudes positivas para la enseñanza a pacientes diabéticos para su cuidado en el hogar.

En otros discursos de los participantes han sido reflejadas reflexiones sobre el deber ser del profesional de enfermería para la enseñanza del cuidado:

Pienso que si todos pensáramos igual y nos pusiéramos en el lugar de los pacientes no habría tantas complicaciones... (Edgar3).

A veces nos rutinizamos y no le damos importancia al paciente como ser humano...falta esa relación enfermera paciente...comunicación... (Marina1).

En lo expresado por los participantes, es reflejada la necesidad de fortalecer la relación de ayuda al paciente diabético y su familia a través de una relación empática a través de comunicación asertiva.

Sin embargo, también experiencias agradables en las situaciones en que han logrado establecer comunicación con el paciente y/o familiar y brindado enseñanza, tal y como se aprecia en los discursos de los participantes:

Cuando el paciente nos presta atención, tengo la experiencia de que todo surge, fluye mejor.... (Liliana2)

Cuando ponen atención... me siento más confiada, entonces dices, lo puedo hacer más veces ¡te sientes con más valor... (Luisa5)

Como factor favorable para la enseñanza los participantes han manifestado su sentir de acuerdo a su experiencia al enseñar a pacientes, cuando han considerado haberlo logrado:

Enseñar para mí es...más que nada ayudarlos a cuidarse ellos mismos, cuando lo logro, siento satisfacción porque es parte como enfermera fomentar la salud para el bienestar del paciente... (Nuria4)

Se siente una satisfacción porque estas ayudando a alguien más, haces tu trabajo... (Luisa)

Siento mucha satisfacción porque él te da las gracias y piensas que si se va a cuidar... (Rita)

La necesidad de desarrollar actividades de enseñanza y prácticas educativas de la salud, dirigidas a la persona con diabetes y su familia, centradas en hacer disponibles el conocimiento y en el fortalecimiento de actitud activa frente a la enfermedad, está relacionada a la prevención de complicaciones por medio del auto manejo de la enfermedad, lo que posibilita que la persona conviva mejor con su condición de enfermo.⁸ Además de eso, en el desarrollo de habilidades para enseñar a pacientes, es fundamental identificar las actitudes, en el caso particular que nos ocupa, las del profesional de enfermería.

Los hallazgos encontrados en los discursos de los participantes, coinciden con los reportados en un estudio realizado en Colombia, respecto a la experiencia educativa de profesionales de enfermería, donde emergió la categoría: Lo personal también influye, categoría centrada en los factores de tipo personal que los participantes consideraron que podían influir de manera positiva o negativa en la experiencia educativa y que se centraban en conocimientos, habilidades y actitudes.¹ Fueron destacadas la habilidad comunicativa y actitudes como la calidez, empatía y carisma, también la motivación pues consideraban básico sentir gusto por educar para que la experiencia fluya y sea efectiva.

Por otra parte, si bien para algunos autores, lo que se necesita para la enseñanza es un cambio de conciencia, es decir, poner atención, escuchar, observar como en la interacción dada con un paciente y la familia se puede ser parte del proceso de enseñanza³⁴ para educar al paciente con diabetes, se requiere no solo cambio de conciencia o actitudes favorables del profesional de enfermería, es indispensable el desarrollo de conocimientos y habilidades de comunicación para ayudar al paciente a su vez, a la adquisición de conocimientos, destrezas, motivaciones y sentimientos que le permitan afrontar su enfermedad y el autocuidado. Además de los hallazgos anteriores, han emergido situaciones a considerar, como se puede observar en los siguientes discursos:

Cuando no me hacen caso, me siento mal, ignorada... a la mejor no te tienen confianza, piensas que creen que no sabes... (Luisa5)

Hay veces que como te ignoran te hacen sentir que uno no sabe, que el médico lo sabe todo... uno debe mostrar seguridad... (Rita7)

Los discursos de los participantes demuestran que no se sienten seguros y parecen percibir ser poco valorados respecto a su rol educador, conscientes además de la necesidad de mostrar seguridad ante los pacientes en el desarrollo del rol educador.

Para los pacientes, al ver un médico se sienten mejor atendidos, más importantes, nosotras les decimos lo mismo pero ellos se alegran de ver al médico, ponen más atención... (Liliana2)

En los discursos de los participantes, ha emergido la necesidad de reconocimiento social por parte de los pacientes a su labor educativa, haciendo evidente la prioridad de desarrollo y empoderamiento del rol educativo del profesional de enfermería como función autónoma.

Estos hallazgos coinciden con los encontrados en un estudio realizado en España, respecto al análisis de la identidad del profesional de enfermera a través de la competencia educadora⁴ donde en sus conclusiones mencionan que el medio social hospitalario no ayuda en la puesta en marcha de la práctica de educación en salud, se sienten infravaloradas en el desempeño de su trabajo tanto por los usuarios como por otros compañeros de trabajo.⁴

Asociaban de manera directa la función educativa del cuidado a pacientes, con lo que es el reconocimiento social de la profesión.⁴ A partir de estas realidades, se hace necesario redimensionar la función educadora del profesional de enfermería, considerando el desarrollo de competencias en el ser, saber y hacer, retomando como fortalezas las actitudes favorables para la enseñanza pero además a través de la gestión del cuidado analizar los espacios que en la actualidad se tienen y se pueden tener a través de propuestas innovadoras para el impulso de esta función autónoma.

Así también, ha sido reportadas las siguientes consideraciones sobre actitudes que fundamentan el actuar educativo, ocupan un lugar relevante, pues inciden en gran medida con el éxito de este, la escucha atenta, calidez en el trato, uso de un lenguaje sencillo y comprensible y la creación de un ambiente de confianza y empatía son algunas de las actitudes que favorecen la calidad del encuentro educativo entre el profesional de enfermería y sus pacientes.

1.4.2. Apoyo familiar como catalizador de la enseñanza al paciente diabético

El diccionario de la Real Academia Española, ha definido el apoyo como el hacer que algo descansa sobre otra cosa, así también, como el dicho de una fuerza: proteger y ayudar a otra.⁴⁸ El apoyo social, se define como un proceso interactivo en el que la persona obtiene ayuda emocional, instrumental y afectiva de la red social en la que se encuentra inmerso. Conviene destacar que la familia es la fuente principal de apoyo social con el que cuenta el paciente crónico para afrontar con éxito los problemas que han de surgir como desarrollo de la enfermedad.¹²

En este estudio, se ha entendido el apoyo familiar como aquellas acciones que realizan uno o varios miembros del grupo familiar (desde la perspectiva del concepto de familia utilizado en el presente trabajo) que favorecen los procesos de adaptación a la enfermedad, siendo entre ellos el apoyo emocional como sentimiento de ser amado y de pertenencia, de poder confiar y hablar con alguien, apoyo instrumental que se refiere a la prestación de ayuda directa que el familiar o familiares otorguen al paciente, para su cuidado y apego al tratamiento, además de apoyo informacional o consejo que les ayude a enfrentar su problema. Así también ha sido considerado como un factor que puede ser favorable o desfavorable para la enseñanza, dependiendo si dicho apoyo es otorgado de forma positiva por la familia o de manera contraria, si este no es otorgado al paciente por su familia.

En las experiencias vividas de los participantes, ha sido identificado la presencia o ausencia del apoyo familiar para el paciente con diabetes, expresado en los siguientes discursos.

Hay familiares que demuestran interés, que ayudan a su familiar a llevar a cabo los cuidados. Hay otros familiares que no ponen nada de su parte, no colaboran con nosotros... (Marina 1)

Es una buena relación, él se cuida y lo cuidan, siempre lo están apoyando, están con él, al que no lo cuidan está abandonado, se ve que está solo el paciente... (Marina 1)

El apoyo familiar es un elemento muy importante para el paciente, siempre debe estar muy apoyado y respaldado... (Liliana 2)

En el apoyo familiar positivo, no se trata solo del grado de parentesco, sino especialmente, del afecto que los miembros de la familia sientan hacia su familiar que padece diabetes, por ello, en situaciones en el paciente no puede hacer uso de sus capacidades de autocuidado es necesario requerir o disponer de un tipo de recurso externos, como lo es el apoyo social. De ahí que en ausencia de algunos de estos aspectos se hace evidente la necesidad de apoyo familiar, identificando como un factor desfavorable o favorable para la enseñanza del cuidado al paciente sobre su cuidado en el hogar.

En los discursos de los participantes ha emergido el apoyo familiar como uno de los elementos asociados con el control de la enfermedad del paciente diabético, además de ser identificada la dualidad en los mismos, es decir los opuestos coexisten: unos apoyan otros no, de ahí que si el paciente no cuenta con ese apoyo familiar, se convierte en un obstáculo para su cuidado.

Lo anterior, coincide con Méndez¹¹ respecto a que en el control del paciente diabético intervienen variables psicosociales que influyen en las fluctuaciones de la glucemia. El paciente percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia y a menos que el ambiente familiar cambie para apoyarlo, gradualmente declina su nivel de adherencia terapéutica.¹¹

Puesto que la diabetes mellitus requiere un manejo cotidiano independiente al proporcionado por el médico, se requiere que todo diabético perciba su propia conducta como parte de la responsabilidad en el control de la enfermedad y que las

personas de su entorno otorguen el apoyo adecuado para lograr los objetivos del tratamiento.

Un individuo con diabetes se encuentra todos los días ante sus propias necesidades, dirigiéndose casi siempre a los integrantes de la familia en busca de ayuda y consejo para solucionar sus problemas de salud; la respuesta que le brinden influye positiva o negativamente sobre su conducta terapéutica.¹¹

La dinámica familiar consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que influyen en el comportamiento de cada miembro, haciendo que funcione bien o mal como unidad. En la dinámica familiar normal o funcional se mezclan sentimientos, comportamientos y expectativas que permiten a cada integrante de la familia desarrollarse como individuo y le infunden el sentimiento de no estar aislado y de contar con el apoyo de los demás. En cambio, las familias disfuncionales se caracterizan por una rigidez que no permite revisar alternativas de conducta y entonces las demandas de cambio generan estrés, descompensación y síntomas.¹¹

Para Marina, el nivel socioeconómico, y edad de los pacientes y su familia son asociados con el interés del paciente por su cuidado y mejoría de su estado de salud. Todos los participantes coinciden en la importancia del apoyo familiar en el cuidado y seguimiento de prácticas de autocuidado del paciente; sin embargo de acuerdo a su experiencia vivida, con los pacientes en que no es muy evidente el apoyo familiar, han referido advertido sentimientos negativos como enojo, y apatía hacia ellos mismos y hacia el personal de salud. Los miembros de la familia necesitan educación igual que el paciente para ayudar a hacer posible los cambios de la vida y el soporte necesario. Por otro lado, el equipo de salud y no sólo la enfermera debe ampliar el enfoque de salud familiar en la atención al paciente diabético, considerando estas acciones como prioritarias ya que la familia también debe hacer cambios en su estilo de vida porque son sujetos en riesgo de desarrollar la enfermedad.

Ante esta realidad, se requiere de los profesionales de enfermería, que en su interacción con los pacientes a su cargo, siempre sean incluidos sus familiares, resaltando la importancia de su participación para el cuidado del mismo, el apoyo familiar brindado, así como la necesidad de la enseñanza del cuidado, para el regreso a su hogar, y de esta manera contribuir a la continuidad del cuidado.

1.4.3. Emociones del paciente: Ira o enojo y apatía

Se define emoción como el estado afectivo; reacción subjetiva al ambiente, acompañada de cambios orgánicos (fisiológicos y endócrinos) de origen innato, influida por la experiencia y que tiene la función adaptativa. La palabra emoción significa literalmente estado de excitación o estremecimiento. El componente subjetivo es comunicado en las etiquetas que se le pone a las emociones como temor, ira, gozo o tristeza.⁵⁴ Las emociones cumplen un papel central en la gestión de procesos de autoprotección y autorregulación del organismo frente a la mayoría de los casos frente a situaciones extremas.

Dentro de las emociones primarias se consideran: La ira, el miedo, la alegría, el amor, la sorpresa, el disgusto, el interés y la tristeza. La ira es una de las cuatro emociones básicas, puede significar el desagrado que una persona tiene ante una circunstancia determinada, que le impide actuar de forma serena produciendo alteraciones de la conducta que llegan a ser extremas. Por otro lado, la apatía es definida como impasibilidad del ánimo, o un estado en el que el sujeto permanece indiferente y presenta una incapacidad para reaccionar ante situaciones de deberían suscitar emociones o intereses.⁵⁴ En relación a estas emociones observadas por los participantes, durante el cuidado y espacios de enseñanza al paciente, se puede apreciar emociones como el enojo o la ira y la apatía, así expresado en los siguientes discursos:

El paciente que hace caso, no está enojado, tiene apoyo familiar... sigue las indicaciones que le damos no se descompensan, se cuida solo y también depende de su estado de ánimo y de conciencia, se está

siempre cuidando y poniendo lo mejor de él. Y con el paciente que no se cuida, que no hace caso, está enojado, no le importa si va a tener complicaciones o no... (Marina1)

Así también, referente a la apatía, es importante mencionar que en los discursos de los participantes, se ha advertido como algunos pacientes en apariencia, no muestran interés en el cuidado de su salud:

...Y aun así, hay pacientes que ya son diabéticos, y piensan que no van a llegar a que les amputen un pie o un dedo, porque hay pacientes recurrentes, llegan para amputación de un dedito y al rato vienen y les amputan el otro, hasta que llegan a la rodilla, a media pierna o extremidad completa, es difícil en ocasiones educar a un paciente así, debería ser no sé, más fácil... (Marina1)

Yo creo que... se enfadan, porque a veces no quieren comer lo mismo, quieren comer lo que les hace daño, se enfadan de las dietas... (Nuria 4)

Las formas de afrontamiento de los pacientes de acuerdo a la percepción de los participantes, son elementos importantes a considerar ya que influyen en el paciente sobre como lleve a cabo el cuidado de sí mismo, o quizá que su cuidado se dificulte, identificando en ellos, emociones como la ira o enojo y apatía o indiferencia, principalmente en pacientes con falta de cuidado por ellos mismos, que además reingresan a hospitalizarse, y que incluso llegan a la amputación de uno o los miembros inferiores.

Por otra parte, además de haber identificado diferentes emociones en los pacientes diabéticos, en los discursos de los participantes también se puede apreciar las formas de comportamiento empleados por ellos en el cuidado de estos pacientes, ya que han referido que en algunas ocasiones, han tratado de ayudarlos, con acompañamiento, y en otras ocasiones a través de escucha, también han identificado

la necesidad de contar con la ayuda interdisciplinaria del equipo de salud en especial de psicólogos para apoyo a pacientes y familia, situación que requiere fortalecimiento.

La enfermedad crónica dejada a su evolución natural o con una intervención inadecuada, puede tener una gran repercusión sobre el estilo y calidad de vida del paciente, sin embargo, si en la mayoría de estas enfermedades, el paciente desarrolla un buen autocuidado, se puede tener una autonomía cotidiana plena, y para dicho objetivo, el profesional de enfermería es de gran importancia, ya que con una intervención adecuada y bien orientada, es posible contribuir con un apoyo efectivo ya que esas personas se encuentran en una situación en la que no se consideran ni quieren que se les considere como enfermos.⁵⁵

Respecto a las emociones identificadas en los pacientes como lo es el enojo y la apatía, en los discursos de los participantes no se ha evidenciado la forma de responder ante estas realidades de los pacientes, únicamente han referido su identificación como aspectos que pueden dificultar la enseñanza del cuidado, por ello, los profesionales de enfermería se espera sean capaces de entender que todo ello es parte de los procesos que viven las personas con diabetes, sobre todo en las fases iniciales de la enfermedad, y no por ello, evadir o dejar de lado la enseñanza a los pacientes sobre su cuidado, antes que nada, respetar las reacciones de sus emociones y en todo momento insistir en el establecimiento de una relación empática, y además de todo lo anterior, es fundamental que a nivel institucional sea considerado como prioritario, por las instituciones de salud, el seguimiento y apoyo psicológico a este tipo de pacientes a través del equipo interdisciplinario de salud para que las personas estén en condiciones de recibir la enseñanza y con ello mejorar su calidad de vida.

Por otro lado, más allá de las emociones identificadas en los pacientes que pueden ser motivos de dificultad para su enseñanza, también ha sido referido que hay pacientes que muestran interés para aprender sobre su cuidado como se advierte en el siguiente discurso:

*Hay pacientes muy interesados que de verdad ellos se cuidan...
(Marina1)*

Por lo general el paciente diabético se vuelve muy irritable, si uno busca el momento adecuado para brindarle la información de su cuidado, él lo capta, tenemos que ganar su confianza, buscar el momento preciso, adecuado, para nosotros que lo que estemos enseñando, lo asimile, lo acepte para su propio beneficio...(Liliana2).

El discurso de Liliana, ha descrito algunas de las conductas presentes en este tipo de pacientes, lo que tiene que ver con las formas de adaptación de los mismos así como la disposición para buscar un momento para la enseñanza del cuidado.

Además los pacientes son diferentes de como manejan su problema y dependiendo de cada uno, yo elijo: si un paciente tiene pocos conocimientos sobre su enfermedad, oriento sobre que es la diabetes, y sobre todo posibles consecuencias que puede tener y más que nada, lo animo, nunca les digo que no va a salir les animo a que siga adelante aunque a veces miro que no está mejorando, le pongo más interés y más énfasis en que él tome más importancia... (Liliana2)

Siempre se ponen más contentos pero a la vez incrédulo, mirando su condición...Es un factor importante cuando se ponen contentos porque son cooperadores, y por lo general salen adelante... (Liliana2)

A través del análisis de los discursos de los participantes, es evidenciada la importancia de una formación específica en el profesional de enfermería que atiende a pacientes con enfermedad crónica, en particular con diabetes, ya que través del conocimiento no solo de la enfermedad sino de las repercusiones que esta genera en aspecto emocional del paciente y en general en todos los aspectos de su vida, también se hace necesario el establecimiento de una relación empática en el cuidado

directo al paciente y en estrecha relación con la enseñanza del cuidado al paciente que deberá regresar a su hogar. En el discurso de Liliana es observado como ella ha evidenciado la necesidad de una valoración al paciente para identificar las necesidades de información.

En el cuidado del paciente con una enfermedad crónica se requiere del profesional de Enfermería, no sólo habilidades de comunicación y relación empática, se requiere además conocimientos teóricos sobre las formas de adaptación así como de la etapa de transición que vive la persona con diabetes, ya que dependiendo de ello, será la respuesta de los pacientes y la ayuda que la enfermera pueda brindar a partir de estos conocimientos.

Como reflexión de lo anterior, también desde la visión humanista del cuidado de Watson, la cual es importante por cuanto cambia la visión de los cuidados de enfermería en los sistemas hospitalarios, el cuidado debe adquirir una dimensión profunda que va más allá de una simple técnica, de planificar una atención, de recibir un turno o la de una educación rutinaria día a día, es estar ahí con el otro, es compartir sus sentimientos y emociones.⁵⁶

2. DIFICULTADES PARA LA ENSEÑANZA

2.1. Falta de actualización del personal de enfermería

La educación continua, o enseñanza continuada, tiene como propósito, reforzar la confianza del trabajador en su organización, sensibilizar a los cambios, producir innovaciones y apoyar la creatividad, es también considerado como un imperativo para todo el personal, los propósitos de dicha enseñanza suele ser la actualización.⁵⁷ en el presente estudio, la impartición de enseñanza continuada a los participantes para su actualización sobre cuidado de pacientes diabéticos hospitalizados y la enseñanza del mismo, no ha sido identificada, lo que se puede advertir en los siguientes discursos:

No he recibido un curso, y es de gran importancia porque orientamos sobre lo conocido en la práctica, no por haber recibido un adiestramiento o enseñanza, y de mi parte hasta ahora no... (Liliana 2).

Hasta ahorita no he tomado ningún curso, quizá porque salgo muy cansado de las guardias y vivo lejos, me resulta difícil... (Edgar3).

En base a los discursos, los participantes han referido no haber recibido curso respecto a enseñanza a pacientes diabéticos sobre su cuidado en el hogar, sin embargo no ha sido descrito, si se han otorgado por parte de la institución cursos al respecto. Así también, en el discurso de Liliana, se puede advertir que de su parte, a la fecha no ha buscado su actualización, lo que refleja en este hallazgo que el interés personal de los participantes para su actualización es también importante.

Estos resultados tienen similitud con los datos encontrados por Chocarro⁴ que identificó que la presión asistencial y el interés de cada profesional son factores que influyen en la realización de la educación a los pacientes.⁴

La educación inicial que el personal de enfermería trae consigo durante su ingreso laboral a una institución de salud, como en el presente estudio, en un hospital, no garantiza un ejercicio profesional de calidad a largo de su desempeño, pero si proporciona las bases para ello, sin embargo, los continuos cambios en el perfil epidemiológico, avances científicos y tecnológicos, entre otros, además de el alto índice de enfermedades crónicas en los pacientes, como es el caso de incremento de pacientes diabéticos hospitalizados y la importancia de brindarles un cuidado y enseñanza del mismo para contribuir a su recuperación, hace pues, necesaria la actualización del personal de enfermería, para el desarrollo de competencias en su rol educador.

De acuerdo a lo expresado por Liliana, el recibir cursos sobre cuidado al paciente con diabetes, es de gran importancia, ya que refiere haber orientado a sus pacientes con base en su experiencia en el servicio, evidenciando la necesidad de actualización a través de la educación continua. En relación a la importancia de la educación continua, para la actualización del personal de enfermería, Llapa S. encontró en su estudio, que entre los factores que favorecen el desarrollo de competencias profesionales, declaradas por enfermeras(os) ha sido la educación permanente.⁵⁸

Con lo anterior se reconoce que las organizaciones de salud, tienen el compromiso permanente de capacitación a sus trabajadores mediante programas de educación continua pero sobre todo que sean acordes además de considerar los programas prioritarios de acuerdo a las políticas de salud, que estas sean adecuadas a las necesidades del personal, en ese caso de enfermería y de manera especial, adecuadas a las necesidades de los pacientes, para que todo ello contribuya a mejorar la calidad de la atención.

Es precisamente bajo estas consideraciones, que la enfermera gestora debe asumir este compromiso, para contribuir a la continuidad del cuidado de los pacientes diabéticos hospitalizados, hasta su egreso al hogar.

2.2.Carga de trabajo

Entre las dificultades para el otorgamiento de la enseñanza, relacionadas con el contexto hospitalario, se ha podido identificar principalmente el exceso de carga de trabajo. Teniendo en cuenta la importancia que el trabajo ocupa en la vida de las personas, los estudios del área de la salud del trabajador, buscan identificar la relación entre trabajo y salud. En estos estudios, se ha identificado el uso de la expresión cargas de trabajo muchas veces sin una definición clara de su significado. Se ha utilizado esta sub categoría para referirse al conjunto de esfuerzos desarrollados por los trabajadores para cumplir con las demandas de las tareas, incluyendo el esfuerzo físico cognitivo y emocional.⁵⁹

En el presente estudio, ha sido considerado como sobrecarga de trabajo del profesional de enfermería, cuando a pesar de los esfuerzos para cumplir con el cuidado de los pacientes asignados, el número de pacientes asignados, se dificulta tanto el cuidado, como la impartición de la enseñanza del cuidado a los pacientes a su cargo. Así manifestado en los siguientes discursos:

En ocasiones no se puede dar de acuerdo a los cuidados por exceso de trabajo, falta de tiempo, es lo que yo me he enfrentado, a veces con estas situaciones... (Marina 1).

Ahora el trabajo es mucho, no tenemos tiempo, estamos saturados, pero si quisiera, quizá con el celular se puede mostrarle lo que es la presentación y estar hablando personalizado o grupal, depende de mí creatividad pero sobre todo ganas de enseñarlos... Liliana 2).

Son muchos pacientes, se han multiplicado, tal vez en aquel entonces también había, pero antes teníamos más oportunidad... (Liliana 2).

Uno toma la iniciativa, nosotros nos esmeramos y tratamos de hacerle llegar la información necesaria, no todas las compañeras lo hacen... (Edgar3).

En la sub categoría sobre dificultades para la enseñanza relacionadas con el que hacer de la enfermera(o), ha sido de forma inicial el exceso de trabajo por aumento de la carga de trabajo o número excesivo de pacientes, manifestado por Marina y Liliana, quienes han desarrollado su práctica en un turno matutino, dicha dificultad no ha sido considerada por Edgar, que labora en un turno nocturno, quien en forma particular ha tenido claridad que como profesional de enfermería, él puede tomar la iniciativa de enseñar a un paciente, lo que puede reflejar la identificación de un rol educativo autónomo, a pesar de requerir mayor desarrollo. Así también, Liliana ha identificado a través de su discurso que es también con el deseo de enseñar que se puede lograr.

También, en los discursos de dos participantes, (Liliana y Edgar) es expresado la falta de actualización en el desarrollo de su práctica educativa, para Marina, además del exceso de trabajo como dificultad, identifica como necesario una mejor comunicación y compromiso con el paciente para otorgarle esa enseñanza para su propio beneficio, se ha identificado la sobre carga de trabajo como situación que tiene que ver para el desarrollo de la enseñanza a los pacientes. Estos resultados coinciden también con Chocarro que identificó en sus hallazgos que la educación al paciente, también está condicionada por las distintas formas de organización del trabajo, así como falta de tiempo para realizarla.⁴

De igual forma, respecto a limitantes para educación a pacientes diabéticos, encontró en sus resultados, que ésta, no es realizada de forma requerida, identificando por los participantes la limitación del tiempo por sobre carga de trabajo como una de las causas de esta situación.⁷

CAPÍTULO VII. CONCLUSIONES

De acuerdo al objetivo del presente estudio, como fue el de describir la experiencia de enfermería sobre la enseñanza a pacientes diabéticos hospitalizados para su cuidado en el hogar, se puede concluir que la enseñanza a pacientes como tal, no es proporcionada por la enfermera, ya que ha sido descrita como información sobre cuidado físico así como la descripción de dificultades para ello; por lo que estos hallazgos evidencian la necesidad de redefinir el rol educador de la enfermera y considerar la importancia del contexto en el desarrollo de esta función.

Los principales hallazgos fueron dos categorías que dan cuenta de la percepción que tienen los informantes sobre su rol como educador durante la interacción con los sujetos de cuidado.

Se requiere de la percepción de la transición del cuidado del paciente con diabetes desde el ingreso, hospitalización y egreso, así como la identificación de momentos propicios para enseñar a él y su familia.

Es necesario que el profesional de enfermería, así como los demás integrantes del equipo de salud asuman el compromiso de otorgar enseñanza a pacientes, acorde a sus necesidades, a través de un proceso enseñanza aprendizaje con participación activa no solo del profesional sino del paciente y familia, siendo prioritario para ello el establecimiento de una relación de ayuda para facilitar el empoderamiento del cuidado de sí así como del cuidado del otro.

En el desarrollo de propuestas para mejorar la enseñanza a pacientes, como lo es un servicio de consultoría, es importante considerar la problemática vivida por los profesionales de enfermería, relacionado básicamente con las cargas de trabajo, la poca preparación para otorgar una adecuada enseñanza a pacientes, así como la importancia que el personal da a esta actividad y sobre todo la presencia que tiene ante los pacientes, todo esto referido por los

informantes, y si bien la consultoría de manera interdisciplinaria sería efectiva se requiere tener conocimientos, tiempo así como disponibilidad para la realización de dicha actividad.

Por todo ello, la educación continua del profesional de enfermería, así como el proceso de enseñanza a pacientes y familia son otro aspecto de la gestión del cuidado, por lo que se requiere de la enfermera gestora el ejercicio del liderazgo y motivación para implantar procesos de educación continua para el personal así como el compromiso del personal de enfermería en el desarrollo de una actualización constante que impulse el rol educativo como función autónoma como lo es la enseñanza a pacientes y familia, además de una formación específica para enseñar a pacientes con enfermedades crónicas, en especial a los pacientes con diabetes.

Así también, el proceso de enseñanza a pacientes diabéticos debe ser planificado y con base en sus necesidades para favorecer el empoderamiento del mismo y la adherencia terapéutica.

Al ser un tema poco estudiado desde las experiencias del profesional de enfermería, fueron evidentes las limitaciones o vacíos para dar sustento al estado del arte, requiriendo una búsqueda exhaustiva y prolongada, así como lectura de múltiples artículos en un afán de dar sustento a la presente tesis, lo cual dificultó el desarrollo del presente estado del arte.

Otro elemento considerado como limitante, ha sido el haber desarrollado el estudio en el mismo contexto en el propio lugar de trabajo, de investigador y participantes. Así también el número reducido de participantes pudiera influir en la posibilidad de reproducción de los hallazgos.

CAPÍTULO VIII. APORTACIONES

8.1 APORTACIONES A LA DISCIPLINA

El desarrollo del presente estudio, ofrece una aportación especial a la disciplina considerando las experiencias vividas de los profesionales de enfermería sobre el rol educador en un tiempo y contexto clínico específico, que permita la redimensión de esta realidad hacia una función autónoma durante el cuidado otorgado a los pacientes, como razón de ser de la Enfermería.

8.2. APORTACIONES A LA PRÁCTICA

Los hallazgos tienen utilidad especial como contribución para la profesión, en el planteamiento de propuestas educativas y de gestión del cuidado efectivas, que contribuyan a potencializar la enseñanza a estos pacientes. Específicamente a través de una propuesta de consultoría de enfermería para la enseñanza a pacientes diabéticos, integrado por un equipo interdisciplinar con el objetivo de promover el autocuidado y prevención de complicaciones y favorecer la adherencia al tratamiento en dichos pacientes, así también contribuir a mejorar la calidad de vida de los mismos y de sus familias ya que es bien sabido que presentan un mayor riesgo de adquirir esta enfermedad. Además de contribuir en la disminución del número de reingresos hospitalarios.

8.3. APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN

Como estudio descriptivo, constituye un precedente para el desarrollo de una línea de investigación sobre la enseñanza a pacientes, de primer instancia puede ser considerada una siguiente investigación con enfoque cualitativo sobre la experiencia del paciente sobre la enseñanza recibida, para posteriormente un estudio donde se compare la percepción que tiene el paciente de la enseñanza recibida con la percepción del profesional de enfermería sobre la enseñanza que otorga. Así también

el desarrollo de un estudio sobre la transición del cuidado desde el ingreso, hospitalización y alta del paciente.

8.4. APORTACIONES A LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Retomando que todas las enfermedades son importantes pero la diabetes y sus principales factores de riesgo son una verdadera urgencia de salud pública ya que pone en riesgo la viabilidad del sistema de salud tal como lo marca la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, existe la urgencia de reforzar la respuesta en políticas públicas para su prevención y control por lo que la contribución del presente estudio es en primer instancia describir la experiencia del profesional de enfermería en torno a la enseñanza a pacientes a través de otra mirada más allá de una evaluación de conocimientos sino mediante un acercamiento a su subjetividad, lo que a través de los hallazgos ha permitido la formulación de una propuesta desde la gestión del cuidado dirigida a la consultoría de enfermería potencializando con ello el rol educativo de la enfermera para contribuir al apoyo en prevención de riesgos, manejo y control de los pacientes que padecen una enfermedad crónica como lo es la diabetes.

CAPÍTULO IX. REFERENCIAS

1. Angel JG, López HF, Restrepo MD, et al. La experiencia educativa del profesional de Enfermería en el ámbito clínico. Rev Investig enferm imagen desarrollo 2013; 15(29): 9-29.
2. Karlsen B. Hospital nurse's perceptions of patient teaching. Scand J Caring Cien.1997; 11(2): 97-102.
3. Carvalho SA, Riverio MM, Silva AL, et al. Percepción de las enfermeras en la promoción de la salud en la unidad de cuidados intensivos. Rev. Esc. Enfer 2012; 46(2): 2-3.
4. Chocarro GL, Guerrero BR, Venturini MC, Salvadores FP. Análisis de la identidad profesional a través de la competencia educadora de la enfermería. Rev. Cult de cuidados. 2004; (15)
5. Casey D. Nurses Perceptions, understanding and experiences of health promotion. J Clin Nurs, 2007; 16(6):1039-49.
6. Lahal M, Modic MB, Siedlecki S. Perceived knowledge and self-confidence of pediatric nurses as patients educators. Rev Clin Espec 2013; 27(4): 188-193.
7. Aponte GL. Hernández PR. Conhecimento dos profissionais da enfermagem sobre diabetes Mellitus tipo 2. Orinquia. 2012; 16 (1):93-109.
8. Bonal RR, Poll CM. Actitudes de Médicos y Enfermeras ante el modelo de atención al paciente con enfermedad crónica. Rev Finlay [internet], 2015.[consulta 3 de mayo 2015] Disponible en <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/349/1403.pdf>.

9. Galindo MM, Rico HL, Padilla RN. Efecto de los factores socioculturales en la capacidad de autocuidado del paciente hospitalizado con diabetes 2. Aquichan. 2014; 14(1): 7-19.
10. Siqueira PD, Antonio dos Santos M, Zanetti ML, et al. Dificultades de los pacientes diabéticos para el control de la enfermedad: Sentimientos y comportamientos. Rev Latino am Enfermagem. [internet], 2007; [consulta septiembre 15 de 2015]; 15(6) Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/p15n6/es07.pdf>
11. Méndez LD, Gómez LV, García RM, et al. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. Rev Med IMSS. 2004; 42(4): 281-284.
12. Ponce GJ, Velázquez SA, Márquez CE, et al. Influencia del apoyo social en el control de las personas con diabetes. INDEX de Enfermería 2009; 18(4).
13. Tilley JD, Gregor FM, Thiessen V. The nurse's role in patient education: incongruent perceptions among nurses and patients. Journal of Advanced Nurs. 1987; 12: 291-301.
14. Vargas Z. Fernández R. Programa de alta hospitalaria para preparar el egreso del paciente. Rev Enfermer Actual en Costa Rica.[internet], 2011; [consulta: 13 de noviembre de 2013]; Disponible en: www.redalyc.org/articulo.oa?id=44821176005
15. Álvarez AR. Educación para la salud. 2ºed. México: Manual moderno; 2005.
16. Pérez RA, Barrios LY, Monier TA, et al. Repercusión social de la educación diabetológica en personas con diabetes mellitus [internet] MEDISAN

2009;13(4). [consulta 14 de diciembre de 2015]. Disponible en:
<http://bvs.sid.cu/revistas/san/vol13109/san11109.htm>

17. Bonal P. La complejidad de la educación al paciente crónico en la atención primaria. Rev finlay [internet],2012; [consulta 15 noviembre 2013];2(3):146-57. Disponible: www.revfinlay.sld.cu

18. Consejo de Salubridad General. Comisión para la certificación de Establecimientos de Atención Médica. Estándares para la certificación de hospitales. México: Secretaría de Salud; 2012.159-160.

19. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. Secretaría de Salud. México.

20. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, (ENSANUT). México resultados año 2012 Secretaría de Salud. Evidencia para la política pública en salud. [consulta noviembre 24 de 2013] disponible en:
<http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/ActividadFisica.pdf>

21. Vejerano GP, Vejerano GB, Duany AA. Vejerano DA. Et al. Acciones educativas de prevención de pie diabético. Rev Hum Med [internet], 2009 [consulta febrero 5 de 2015]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v9n2/hmc090209.pdf>

22. Secretaría de Salud. Boletín epidemiológico. Diabetes mellitus tipo 2.[internet], 2014 [consulta 23 septiembre 2015], Disponible en:<http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/boldiabetes/dm2bol12013.pdf>

23. De los Ríos J. y cols. Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II. Rev. Med IMSS. 2004; (2): 109.

24. Damasceno M. O existir o diabético: da Fenomenologia a enfermagem. Fortaleza 1997.
25. Phaneuf M. La planificación de los cuidados enfermeros. Un sistema integrado y personalizado. México: Interamericana; 1999.
26. Colliere MF. Promover la vida. España: Editorial Inter Americana; 1993.
27. Secretaría de Salud. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México. [internet]. 2001[consulta 23 noviembre 2015]. Disponible: www.salud.gob.mx/unidades/cie/.
28. Consejo Internacional de Enfermeras. Código Deontológico del CIE para la práctica de Enfermería. Ginebra Suiza.2002.
29. Norma Oficial Mexicana NOM 019- SSA3-2013. Para la práctica de Enfermería en el Sistema Nacional de Salud. [internet] 2013 [consulta 23 de noviembre de 2015], disponible: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=53125238.
30. Ortíz PM, Ortíz PE. Psicología de la Salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. Rev Med Chile 2007; 135:647-652.
31. Plan integral de atención a pacientes diabéticos, año 2005-2009 Murcia España. Edita: Consejería de Sanidad. 2005; p 27-28.
32. Cardoso GM. La cultura como configurador de estilos alimentarios antagónicos al tratamiento médico contra la diabetes. Rev Cuicuilco 2006; 13(37): 129-142.

33. León M, Lombraña M, Acebrón B. Educación sanitaria en la unidad de Hospital de servicio de urología. ENFURO [internet], 2006; [consulta 24 abril de 2015]; 97:28 Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2956871.pdf>.
34. London F. How to prepara Families for Discharge in the Limited Time Available. Pediatric Nursing. 2004; 30 (83): 212-27.
35. Muñoz R. y Cols. Influencia de los grupos de ayuda mutua entre diabéticos tipo 2: Efectos en la glucemia y peso corporal. Archi med fam. 2006; 9(2): 91
36. Rabelo S. A qualidade de vida e cliente diabético: un desafio para cliente e enfermagem. Texto contexto Enfermagem 1999; 8(3): 250-62.
37. Solano C. Fenomenología-Hermenéutica y Enfermería. Rev Cultura de los cuidados. 2006; (19): 5-6.
38. Diccionario de Filosofía Ferrater Mora. Tomo I, 5ª Ed. Sudamericana. [internet] {consulta 6 enero 2015}; Disponible en: <http://77groups.google.es/group/estantedigital-estantedigital@gmail.com>
39. Bustamante ES. Enfermería Familiar: Principios de cuidado a partir del saber común de las familias. Perú: Facultad de enfermería; 2004.
40. Taylor S, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. España. Paidós. 1987.
41. Polit DF. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. Fuentes del conocimiento humano. 6ª ed. México: Interamericana Mc Graw-Hill ; 2000.

42. Díaz BA. La entrevista a profundidad. Elemento clave en la producción de significaciones. Texto tomado de la revista: TRAMAS no. 3. 1991.
43. Morse JM. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Editorial Universidad de Antioquía. 2005.
44. De Sousa Minayo MC. La artesanía de la investigación cualitativa. Buenos Aires: Editorial Lugar; 2009.
45. Soto V. El trabajo de campo: Clave en la investigación cualitativa. Rev. Aquichan. 2010; 10(3): 253-266.
46. Declaración de Helsinki de la Asociación médica Mundial [internet],[consulta 23 de mayo de 2014], Disponible en: www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/helsinki.pdf.
47. Ulan PR, Robinson E, Tolley E. Investigación aplicada en Salud Pública. Métodos Cualitativos. Washington EU: Organización Panamericana de la Salud, USAID, Family Health Internacional; 2006.
48. Diccionario de la lengua española. 22° ed. 2012. [consulta febrero 2 de 2015]; Disponible en: <http://www.rae.es/recursos7diccionarios/drae>
49. García JM, Moreno F, Monroy RA, Et al. Enfermería y administración en las organizaciones de salud. 2° ed. México: Editorial Integración de enfermería. 2010.
50. Goñi CI. Algunas reflexiones sobre el concepto de la información y sus implicaciones para el desarrollo de las ciencias de la información. ACIMED 2000; 8(3): 201-207.

51. Dunning T. El papel complejo y en constante evolución de los educadores diabéticos. Rev Diabetes Voice [internet], 2012;. [consulta 11 de mayo de 2015]; 52:9 Disponible en: <http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article550es.pdf>.
52. Arouca S. : contribuciones a la comprensión y crítica de la medicina preventiva. Buenos Aires Argentina. Lugar Editorial; 2008.
53. Raile AM, Marriner TA. Modelos y teorías en enfermería. 7°. Ed. España: ELSEVIER MOSBY; 2011.
54. Consuegra AN. Diccionario de Psicología. Segunda Edición. Bogotá Colombia: Editorial ECOE; 2010. [internet] [consulta Febrero 15 de 2015]; Disponible en: <http://www.psicologiaviva.com/pdf>
55. Lerma MV. Prevalencia de ansiedad y depresión en Enfermería a cargo del paciente crónico hospitalizado. Rev. CONAMED 2009; 14(1).
56. Poblete TM, Valenzuela SS. Cuidado humanizado: Un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Acta Paul Enfer 2007; 20(4): 499-503.
57. Balderas PM. Administración de los servicios de Enfermería. 5ª Edición. México. Ed. Mc Graw Hill; 2009.
58. Llapa RE, Nascimento LJ, Costa SP, et al. Profissionais de Enfermagem e suas competencias em um hospital universitário. Rev. Hor en salud Expres Enferm. 2013; 5(1): pp 68 - 78.
59. Trindale. Revisión de la producción de teorías latino americana sobre cargas de trabajo. Enferm Glob. 2013; 12 (29).



ANEXO 1.- GUIA PARA ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

Experiencia de enfermería sobre la enseñanza a pacientes diabéticos hospitalizados sobre su cuidado en el hogar.

Fecha: _____ Hora de inicio: _____ Hora de término: _____

Lugar: _____ No. De Informante _____ No. Entrevista _____

Edad: _____ Estado Civil: _____ Categoría laboral: _____

_____ Escolaridad _____

La presente entrevista, forma parte de un proyecto de investigación de una alumna de la maestría de enfermería, con orientación en la administración del cuidado, de la Universidad Nacional Autónoma de México, por ello, la información que usted proporcione será utilizada para fines académicos solamente, siendo el objetivo del estudio: Describir la experiencia de enfermeras sobre la enseñanza a pacientes diabéticos sobre su cuidado en el hogar.

Presentación: Buenos días, mi nombre es Amada Noemí Castro Meza y soy estudiante de maestría en enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de México. Estoy desarrollando un proyecto de investigación sobre la experiencia de las enfermeras(os) sobre la enseñanza que proporcionan a pacientes diabéticos hospitalizados, sobre su cuidado en el hogar.

Es muy importante para mí, que su participación es voluntaria, todas sus narraciones serán manejadas con confidencialidad, por ello, en caso de aceptar participar le solicito firme usted una carta de aceptación o consentimiento informado.

Pregunta Orientadora

¿Qué me puedes contar sobre el cuidado que has brindado a pacientes con diabetes hospitalizados en el servicio dónde laboras?

¿Durante ese cuidado, has brindado enseñanza a los pacientes sobre cómo cuidarse en el hogar?

¿Sobre qué les enseñas?

¿Cómo le haces para determinar que enseñar a tu paciente?

¿Cuándo realizas la enseñanza?

¿Durante el cuidado a tu paciente, en cuales momentos identificas que has brindado esa enseñanza?

¿Además del paciente, a quienes más ha sido dirigida la enseñanza?

¿Qué situaciones consideras que tienen que ver con la enseñanza a los pacientes?

¿Qué es para ti enseñar a tus pacientes diabéticos sobre su cuidado en el hogar.

¿Cómo te sientes cuando enseñas a tus pacientes a cuidarse por ellos mismos?

¿Cómo te sientes cuando enseñas a tus pacientes y ellos no hacen caso de seguir su tratamiento?

ANEXO 2.- FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

EXPERIENCIA DE ENFERMERÍA SOBRE LA ENSEÑANZA A PACIENTES
DIABÉTICOS HOSPITALIZADOS SOBRE SU CUIDADO EN EL HOGAR

Manifiesto que me fue explicado a detalle por el investigador, la finalidad del presente estudio, aclarando además mis dudas al respecto. Confirmando que he recibido una copia de esa carta de información. Acepto responder a esta entrevista, la cual se me ha explicado es con fines de investigación. Identifico que no será dado a conocer mi nombre y que la información que yo proporcione será confidencial.

Cuando el presente estudio se considere concluido, podré aceptar libremente y sin ninguna presión, si acepto que los datos que yo proporcioné sean publicados.

_____	_____	_____
Nombre del (de la) participante	Fecha	Firma

_____	_____	_____
Nombre de testigo	Fecha	Firma

Considero que la persona que ha firmado el formato, entiende su participación en este estudio y que voluntariamente expresa su conformidad.

_____	_____	_____
Nombre del Investigador	Fecha	Firma