

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE
MOGROVEJO**



**ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN
LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO –
POLICLÍNICOS DE ESSALUD, CHICLAYO 2011**

**INFORME DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTOR: Bach Lucia Magaly Villena Pérez

Chiclayo, 12 de setiembre del 2012

**ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA
ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO– POLICLÍNICOS DE
ESSALUD, CHICLAYO 2011**

POR:

Bach. Lucia Magaly Villena Pérez

Presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica
Santo Toribio de Mogrovejo, para optar el Título de:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

APROBADO POR:

Mgtr. Mirtha Alvarado Tenorio

Presidente de Jurado

Mgtr. Maribel Díaz Vásquez

Secretaria de Jurado

Mgtr. Miriam Elena Saavedra Covarrubia

Vocal/Asesor de Jurado

CHICLAYO, Setiembre de 2012

DEDICATORIA

A Dios quien me ha dado la vida y fortaleza para lograr la culminación de mi investigación.

A mis padres por ser las personas que más amo, por haberme apoyado de manera incondicional hasta realizarme como profesional.

A mi abuelita Lucía, por sus consejos y por haberme enseñado a ser una persona formada en la fe, con valores y virtudes.

A Mauricio, por haberme dado un motivo más para continuar en el logro de mis metas.

AGRADECIMIENTO

A mi madre, Anita, por su apoyo total e incondicional.

A mi asesora, la Magister Miriam Saavedra Covarrubia, por su orientación para seguir adelante con la tesis, por el tiempo que me ha brindado y sobre todo por su comprensión.

A la Doctora Isabel Vigo, por su ayuda en la obtención de material bibliográfico para la realización de mi investigación.

ÍNDICE

	Pg.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	14
1.1. Antecedentes	14
1.1. Base teórico – conceptuales	16
CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO	27
2.1. Tipo de investigación	27
2.2. Abordaje metodológico	27
2.3. Sujetos de la Investigación	29
2.4. Escenario	30
2.5. Instrumentos de recolección de los datos	31
2.6. Procedimiento	33
2.7. Análisis de los datos	33
2.8. Criterios éticos	35
2.9. Criterios de rigor científico	36
CAPÍTULO III: RESULTADOS Y ANÁLISIS	38
Consideraciones Finales	63
Recomendaciones	65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
ANEXOS	71

RESUMEN

Esta investigación tuvo como objetivos conocer, describir, analizar y evaluar estrategias de promoción de la salud que se ejecutan en la atención integral del adulto en Policlínicos de EsSalud. Los referentes teóricos que sustentaron este estudio correspondió para “Estrategia” Mintzberg (1997); “Promoción de la salud” basado en el Modelo de Nola Pender, Potter (2003); Atención integral al adulto, Norma Técnica para la Atención Integral de Salud en la Etapa de Vida Adulto (2005). Fue una investigación cualitativa con abordaje metodológico de estudio de caso sustentado en Polit. Los sujetos de estudio fueron 7 enfermeras que laboran en los programas del adulto de los policlínicos de EsSalud. El escenario fueron los cuatro policlínicos de EsSalud del ámbito regional. Se utilizó como instrumentos de recolección de datos la observación no participante y la entrevista semiestructurada a profundidad. Los datos recibieron un tratamiento basado en el análisis de contenido, que generaron cuatro categorías: “La Promoción de la Salud en la Atención del adulto”, “Reconociendo estrategias para promover la salud en el adulto”, “Identificando obstáculos en el uso de estrategias”, “Identificando elementos facilitadores en el uso de estrategias”. Durante la investigación se respetó los principios éticos sustentados en Sgreccia (2008) y se tuvo en cuenta los criterios de rigor científico. Se concluyó que la promoción de la salud fomenta estilos de vida saludables y la educación para la salud es a su vez una estrategia de promoción de la salud que se utiliza en la atención integral al adulto en búsqueda de generar un cambio de actitud en este grupo etáreo.

Palabras Clave: Estrategia, Promoción de la Salud, Atención Integral del adulto.

ABSTRACT

This study aims to find, describe, analyze and evaluate strategies for health promotion running on integrated care in polyclinics EsSalud adult. The theoretical framework that supported this study corresponded to "Strategy" Mintzberg (1997), "Health promotion" based on the model of Nola Pender, Potter (2003) Comprehensive care to adult, Technical Standards for Comprehensive Health Adult life stage (2005). It was a qualitative research approach of case study methodology supported by Polit. The study subjects were seven nurses working in adult programs EsSalud polyclinics. The scenario was the four polyclinics EsSalud the regional level. Was used as data collection instruments non-participant observation and in-depth semi-structured interview. The data were treated based on content analysis, which generated four categories: "The Health Promotion in adult attention", "Recognizing strategies to promote health in adults", "Identifying obstacles in the use of strategies ", " Identifying enablers in the use of strategies. "During the investigation it respected the ethical principles supported by Sgreccia (2008) and took into account the criteria of scientific rigor. It was concluded that health promotion encourages healthy lifestyles and health education is itself a strategy of health promotion that is used in the comprehensive care to adults seeking to generate a change of attitude in this group age.

Keywords: Strategy, Health Promotion, Adult Comprehensive Care

INTRODUCCIÓN

Desde el surgimiento de la estrategia de Atención Primaria de Salud se han desarrollado diversos conceptos, enfoques y estrategias que han tratado de impulsar a las comunidades y a sus integrantes, organizaciones sociales e instituciones locales, a participar en el conocimiento de sus problemas de salud, guiándolas e impulsándolas para desarrollar conciencia, compromiso y adquirir niveles de responsabilidad para proteger su salud y prevenir enfermedades.

En América Latina la situación de salud está estrechamente ligada a su historia, cultura y procesos de desarrollo. Más allá de la diversidad de sus países, existen bases compartidas y desafíos comunes, América Latina se abre al siglo XXI debiendo enfrentar satisfactoriamente un perfil epidemiológico en evolución, donde los estilos de vida y los comportamientos sociales son trascendentales. La pobreza e inequidad social hacen más complejo el desafío, debiéndose encontrar respuestas más elaboradas y globales que permitan alcanzar un verdadero cambio social.

Muchas de las iniciativas de promoción de salud implementadas en los últimos años, con foco en el nivel individual, no dieron los resultados esperados. Existe una basta experiencia en programas de promoción de salud en América Latina, sin embargo, las estrategias difieren en su tipo, foco y en las expectativas de cambio en el comportamiento esperadas. Cada vez es más evidente que las estrategias de promoción de salud deben considerar un enfoque social, comunitario y político integral que permita el acceso equitativo a respuestas efectivas en salud.

Actualmente la situación sanitaria de nuestro país muestra disparidades en función de edad, sexo, lugar de residencia y nivel socioeconómico, observándose inequidad en salud. Asimismo, las políticas sanitarias han sido principalmente orientadas hacia una asistencia médica recuperativa, relacionando a la salud como ausencia de enfermedad, sin tener en cuenta que es un derecho humano universal y es holística abordada desde una perspectiva de promoción de la salud.

La promoción de la salud es una estrategia a nivel de los servicios de salud, teniendo como procesos claves la descentralización, la intersectorialidad y participación comunitaria, además de considerársele como un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual.¹ La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia mejorarla.

Asimismo el papel de la promoción de la salud en los hospitales está cambiando, actualmente ya no se limita a ofrecer a los pacientes información complementaria relacionada con el estilo de vida una vez finalizados los procedimientos clínicos. La promoción de la salud se está convirtiendo en parte integral del proceso de la atención en salud y está íntimamente relacionada con aspectos clínicos, educativos, de comportamiento y de organización².

Para mejorar la calidad de la atención a las personas con enfermedades crónicas, las actividades de promoción de la salud en los hospitales deben integrarse mejor en la organización de los sistemas

sanitarios ², puestos que muchos de los tratamientos hospitalarios no pretenden curar, sino que tratan de mejorar la calidad de vida de las personas. Pues bien la implementación del modelo de atención integral de salud; diseñado como estrategia para el cambio en salud, busca abordar las necesidades de salud de las personas y de manera integral a través de los programas de atención integral de salud por etapas de vida con énfasis en la prevención y promoción de la salud, esta última de nuestro interés.

Igualmente el Modelo de Atención Integral de Salud organiza los servicios para enfrentar los problemas actuales y prepara el sistema para prevenir y hacer frente a los problemas futuros, es decir enfermedades emergentes y re emergentes, trabajando sobre los determinantes de la salud y no sólo en la enfermedad ³. Asimismo integra, reconoce y prioriza la Promoción de la Salud y la Prevención de la enfermedad como los pasos más importantes para conseguir el mejoramiento del nivel de salud de la población.

La investigadora durante sus prácticas de pregrado en los diferentes centros hospitalarios de Essalud, ha evidenciado en la actualidad, que Essalud mediante el Modelo de Atención Integral de Salud, ha introducido en los policlínicos actividades orientadas a la promoción de la salud para las personas comprendidas en la etapa adulta; priorizando los estilos de vida como la actividad física, alimentación saludable y la salud sexual y reproductiva, lo cual exige la concertación de esfuerzos y alianzas estratégicas con los diferentes sectores y actores sociales y en este sentido las redes asistenciales de Essalud tienen un rol protagónico para el logro de este objetivo.

También se ha observado y por ende analizado que la atención integral al adulto en los policlínicos de Essalud, está basada en actividades cotidianas dirigidas a la prevención de enfermedades crónicas degenerativas como la hipertensión arterial, diabetes mellitus, osteoartrosis, asma bronquial y a sus complicaciones de las mismas, debido a distintos factores que obligan a plantearse la asistencia desde un enfoque de riesgo. Aún no se observa la implementación de estrategias, para el desarrollo de la promoción de la salud en la atención integral al adulto que se adapten a las necesidades locales. Somos conocedores que la promoción de la salud, es un proceso a largo plazo y que para ello, se necesita ser consecuente para concientizar a un adulto con estilos de vida arraigados y que tiene que asumir responsabilidad sobre su salud.

En este sentido es importante mencionar que de acuerdo a normatividad vigente y políticas de la institución de Essalud, el personal asistencial tiene que cumplir metas establecidas como parte de su productividad, lo que está constituido por las diversas actividades preventivo promocionales y en el caso de la población adulta, estas actividades se enfocan en su mayoría en charlas educativas individuales y grupales; así como la realización de talleres de sesiones educativas, observándose en las actividades de enfermería una fuerte inclinación a la prevención y con tiempo limitado en la atención del adulto debido al incremento de la demanda de usuarios.

Del mismo modo de acuerdo al perfil epidemiológico del año 2006, en la consulta externa de Essalud en mayores de 45 años; la hipertensión arterial representó 6% del total de consultas, diabetes mellitus 2.5%, sobrepeso 39% y obesidad 21% ⁴, lo que indica que es preciso que los contenidos promocionales de la atención integral se orienten a propiciar un cambio de actitud en la población asegurada y que el personal de

salud, no solo aborde como un problema exclusivamente patológico e individual, sino como un fenómeno colectivo y multifactorial, siendo responsabilidad de todos, mantenerla y mejorarla.

Es así que se sustenta la necesidad de planificar acciones concretas para la promoción de la salud con intervenciones costo efectivas y de impacto en la salud de la población asegurada y por tal motivo, es preciso crear y/o fortalecer estrategias para la promoción de la salud en la atención integral al adulto, que permitan un cambio de actitud y de organización de los servicios sanitarios, que se centren en las necesidades del individuo como una persona íntegra y, en equilibrio con las necesidades de grupos de la población.

Teniendo en cuenta la problemática existente expuesta anteriormente, se hace necesario poner en marcha estrategias de promoción de la salud a nivel hospitalario; por lo que se planteó la siguiente pregunta de investigación ¿Cuáles son las estrategias de promoción de la salud en la atención integral del adulto- Policlínicos EsSalud, Chiclayo 2011? Esta investigación tuvo como objetivo general el conocer, describir, analizar y evaluar las estrategias para la promoción de la salud en la atención integral del adulto en los policlínicos de EsSalud.

La investigación se justifica pues constituye un conjunto de experiencias a lo largo del tiempo de formación de pregrado, que en forma progresiva han ido dirigiendo la atención de la investigadora hacia el tema de la promoción de la salud, específicamente en la etapa de vida adulto, a fin de ofrecer a las personas cuidado integral de calidad y contribuir en la prolongación de la expectativa de vida de los adultos. Además los resultados de este estudio servirán de aporte a la Escuela de Enfermería de nuestra Universidad, a fin de fortalecer el tema de

promoción de la salud, como eje transversal a lo largo de las asignaturas principales.

Es importante también que los estudiantes de enfermería desde su formación académica de pregrado asuman el compromiso, de considerar a la Promoción de la Salud como estrategia de salud pública, teniendo en cuenta su aplicación durante las prácticas hospitalarias, lo que redundará en la motivación al futuro hacia el trabajo preventivo promocional no solo a nivel comunitario, sino hospitalario.

A lo anterior se agrega el conseguir el bienestar de los usuarios de los servicios de salud a nivel hospitalario y de contribuir con el desarrollo de nuestro país, ya que se necesitan personas que respondan a las demandas que exige la sociedad y que solo se puede alcanzar con personas sanas, con autonomía en el cuidado de su salud a nivel individual, familiar y comunidad y es lo que finalmente persigue la promoción de la salud.

I. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

1.1. Antecedentes

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

La investigación cualitativa de Grandes G, Sánchez A, Cortada JM, Calderón C, Balague L, Millán, denominada Estrategias útiles para la promoción de estilos de vida saludables en atención primaria de salud. España; 2008 ⁵. Este estudio tuvo como objetivos Conocer la percepción de profesionales y usuarios sobre la utilidad de diferentes modelos teóricos y estrategias de intervención para el cambio de hábitos perjudiciales para la salud (sedentarismo, dieta, tabaco y alcohol), así como los factores que facilitan o dificultan su integración en el contexto de la Atención Primaria de la Salud (APS). En la metodología se revisó los conocimientos actuales sobre modelos teóricos y efectividad de las estrategias de intervención dirigidas a la modificación de los mencionados hábitos, en personas adultas, en el contexto de la APS. Se realizaron cinco sesiones estructuradas de estudio de dichas revisiones y discusión interactiva entre un grupo de profesionales de APS, especialmente interesados y con experiencia en promoción de la salud.

Las conclusiones del estudio mencionado anteriormente corresponde a la traslación a la práctica clínica de APS de intervenciones que han probado su eficacia, como la estrategia de las 5 Aes (Averiguar, Aconsejar, Acordar, Ayudar y Asegurar), exige una adaptación de dichas estrategias al contexto en el que van a ser aplicadas, así como una reorganización de los centros. El proceso de adaptación mutua entre intervenciones eficaces y actividad en los centros de salud debe ser

investigado y requiere la cooperación entre investigadores, profesionales de APS y responsables de estos servicios.

Otro estudio considerado es de Colomer y Álvarez, denominado Promoción de la Salud y Cambio Social; 2000 ⁶. En esta investigación se habla sobre el proyecto europeo de hospitales promotores de salud de la organización mundial de la salud (OMS), en la que se explica que la Organización Mundial de la Salud (OMS); consciente de la necesidad de cambio de los hospitales y con el objetivo de facilitar el intercambio de ideas y programas. Los dos pilares sobre los que se basó la idea fueron la carta de Ottawa para la promoción de la salud y la declaración de Budapest en 1991. Inicialmente, la red contaba con 20 hospitales piloto distribuidos en 11 países europeos; de estos, 12 eran hospitales generales y 8 hospitales especializados. Los objetivos de este estudio se resume en cinco puntos: desarrollar programas de promoción de la salud en el ámbito hospitalario, facilitar y promover la cooperación e intercambio de experiencias y programas entre los hospitales participantes, identificar áreas de interés común y desarrollar programas y sistemas de evaluación conjuntos que permitan comprobar la eficacia de los programas y la reducción del coste sanitario, compartir programas utilizando más efectivamente los recursos, recabar ejemplos de buena práctica que puedan ser utilizados por otras instituciones.

1.2. Bases teórico- conceptuales

Teniendo en consideración el objeto de estudio relacionado a estrategias de Promoción de la Salud en la Atención Integral del adulto en Policlínicos de Essalud, partiremos socializando algunos términos y/o definiciones que son importantes mencionar. No sin antes señalar a los referentes teóricos que sustentaron el presente estudio. Para “Estrategia”; Mintzberg (1997), “Promoción de la Salud” basado en el Modelo de Nola Pender; Potter (2003); Atención Integral del Adulto la “Norma Técnica para la Atención Integral de Salud en la Etapa de Vida Adulto” (2005).

La estrategia es un patrón de acciones y de distribución de recursos que se ha diseñado para alcanzar las metas de una organización⁷. Considerada también como un plan amplio y general desarrollado para alcanzar objetivos organizacionales de largo plazo⁸, que prescribe la asignación de recursos y otras actividades para tratar con el ambiente y ayudar a la organización a lograr sus metas ⁹.

La estrategia es señalada como las acciones necesarias para llevar a la organización de lo que es a lo que quiere ser en el futuro, y por otra es una explicación de los factores que han impactado el desempeño de la organización en el pasado. Es decir, la estrategia es una teoría de la relación causa-efecto entre el desempeño buscado y los factores que lo influyen. De acuerdo con esta definición, la estrategia indica qué es lo que la organización quiere lograr y los factores que influirán en que se consiga o no ¹⁰. Por lo tanto la estrategia es un método, una especie de curso de acción conscientemente determinado, una guía para abordar una situación específica y conjunto de previsiones sobre fines y procedimientos que forman una secuencia lógica de pasos o fases a ser ejecutadas, que permiten alcanzar los objetivos planteados con eficiencia y eficacia¹¹.

Para la investigadora el término estrategia, es un conjunto de acciones o actividades organizadas que sirven para alcanzar objetivos y metas propuestas. En este sentido las estrategias dentro de la promoción de la salud vienen a ser un conjunto de acciones ordenadas, integrales y sinérgicas, que se convierten en herramientas indispensables para el desarrollo de acciones de promoción de la salud.

Es importante el desarrollo de estrategias porque; evitan caminar en círculo vicioso, repitiendo una y otra vez acciones que mejoren las condiciones de vida de las personas y comunidad, contribuye a la unidad del pensamiento acerca del proceso (El cómo) a ser ejecutado, facilita la unidad de criterios para las decisiones prácticas, facilita la identificación de las acciones más importantes a realizar y brinda una guía para aprovechar mejor y lograr más, con los recursos existentes.

Para lograr una mayor profundización y entendimiento del trabajo de investigación se creyó conveniente estudiar a la teórica de enfermería Nola Pender con su Modelo de Promoción de la Salud ¹², el cual se basa en la teoría social de Albert Bandura que define la importancia de los procesos cognitivos en la modificación del comportamiento, este modelo no sólo se limita a explicar la conducta preventiva de la enfermedad si no que abarca también los comportamientos que favorecen la salud, en un sentido amplio, este es un nuevo paradigma que puede modificar e incluso crear nuevos modos de vida y entornos más favorables para el pleno desarrollo de las potencialidades humanas, para una vida más plena; es un proceso, no una solución fácil, comprende la participación de los ciudadanos y la comunidad aceptando una mayor responsabilidad social por su salud la que se traduce en actividades para el mejoramiento de las condiciones existentes y la adopción de formas de elección y modos de vida más saludables.

Para la investigadora los procesos cognitivos de los que habla Bandura y que fueron tomados por Pender, consisten en informar, fijar conocimientos y educar, en este caso a la persona adulta sobre su estado de salud o proceso de enfermedad. Nos dice que esto ha de ser un proceso puesto que, hablando del grupo etáreo de nuestro interés, el adulto es una persona con gustos, costumbres, hábitos y formas de vida en general muy asentados y por tal motivo sería muy precipitado decir que en corto tiempo podríamos evidenciar con responsabilidad un cambio de actitud frente a los hábitos que perjudican su salud.

Todavía en la atención integral al adulto, podemos decir que la manera en que se llevan a cabo estos procesos cognitivos es a través de sesiones, charlas, talleres educativos y consejerías personalizadas con lo cual las enfermeras que brindan atención pretenden generar un cambio de actitud positivo frente a los estilos de vida que perjudican la salud del adulto.

Sin embargo los resultados parecen no estar cubriendo las expectativas del programa de atención integral al adulto, puesto que se pudo observar en el escenario de la atención al adulto que el número de adultos atendidos que padecen enfermedades crónicas es elevado y además de ello se observó que existen casos de personas adultas cada vez más jóvenes que están presentando riesgos de padecer alguna enfermedad crónica no transmisible.

Con respecto a Promoción de la Salud se cuenta con un modelo que se ha formulado mediante procedimientos inductivos, empleando las investigaciones existentes para conformar un conjunto de conocimientos. El modelo de promoción de la salud puede considerarse como un modelo conceptual formulado con el objetivo de reunir todo lo que se conoce

sobre las conductas que favorecen a la salud, con el fin de formular interrogantes que induzcan nuevas investigaciones. ¹²

Los principales supuestos de esta teoría de promoción de la Salud son: 1) las personas buscan crear condiciones de vida mediante las cuales puedan expresar su propio potencial de la salud humana, 2) tienen la capacidad de poseer una autoconciencia reflexiva, incluida la valoración de sus propias competencias, 3) valoran el crecimiento en las direcciones observadas como positivas y el intento de conseguir un equilibrio personalmente aceptable entre el camino y la estabilidad, 4) los individuos buscan regular de forma activa su propia conducta, 5) las personas interactúan con el entorno teniendo en cuenta toda su complejidad biopsicosocial, transformando progresivamente el entorno, y siendo transformados a lo largo del tiempo, 6) los profesionales sanitarios forman parte del entorno interpersonal, que ejerce influencia en las personas a lo largo de su vida, y 7) la reconfiguración iniciada por uno mismo de las pautas interactivas de la persona-entorno es esencial para el cambio de conducta. ¹²

También cabe mencionar a la teórica de enfermería Dorotea E. Orem, quien propuso la teoría del Déficit de Autocuidado, la cual consideró como una teoría general constituida por tres teorías relacionadas entre sí; teoría del autocuidado, teoría del déficit de autocuidado y teoría de los sistemas de enfermería.

La teoría del autocuidado, nos dice que el autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo, de forma deliberada, para sí mismo con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar. El autocuidado es, por tanto, un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, necesidad de autocuidado y actividad de autocuidado conforman los fundamentos que

permiten entender las necesidades y las limitaciones de acción de las personas que pueden beneficiarse de la enfermería, como función reguladora del hombre, el autocuidado es diferente de otros tipos de regulación del funcionamiento y el desarrollo humano como es, por ejemplo, la regulación endocrina. Por tanto el autocuidado debe aprenderse y aplicarse de forma deliberada, continua en el tiempo, siempre en correspondencia con las necesidades de regulación que tienen los individuos, por ejemplo, sus etapas de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características sanitarias, fases de desarrollo específicas, factores del entorno y niveles de consumo de energía¹³.

La idea central de la teoría del déficit de autocuidado es que la necesidad del servicio de enfermería se asocia con factores subjetivos que afectan a personas jóvenes o maduras, cuyas acciones están limitadas por problemas de salud o de cuidados sanitarios, lo que les hace total o parcialmente incapaces de descubrir los requisitos actuales y emergentes que han de satisfacer en el cuidado de sí mismos o de quienes están a su cargo, y les impide aplicar de forma permanente medidas que controlen o, en cierto modo, dirijan los factores que regulan el desarrollo y el buen funcionamiento propio o de las personas a su cargo. Déficit de autocuidado, es una expresión que expone la relación entre la capacidad de acción de una persona y sus necesidades de cuidado ¹³.

Asimismo el sistema de enfermería, viene a ser una serie continua de acciones mediante la cual se regula las capacidades del paciente para comprometerlo en su autocuidado. Describe y explica las relaciones que es necesario establecer y mantener para que se dé la enfermería.

La investigadora comenta que Pender y Orem proporcionan grandes aportaciones en las que se puede fundamentar la promoción de la salud. La importancia de los procesos cognitivos en la modificación de

conductas, el autocuidado, el déficit de este y las acciones de los profesionales de enfermería que los capacita para ayudar a conocer sus demandas de autocuidado y a comprometerlo en el proceso del mismo. Es por ello que se tomaron a estas dos teóricas de enfermería como sustento de la investigación.

Se ha creído conveniente hacer un paréntesis para marcar diferencias entre promoción de la salud y prevención de la enfermedad, dado que el saber reconocer cada una permite una mayor precisión y claridad de la investigación.

La prevención de la enfermedad son medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecidas ¹⁴. La aplicación de medidas técnicas que incluye aspectos médicos y de otras disciplinas que tienen como finalidad impedir la aparición de la enfermedad (prevención primaria) curarla (prevención secundaria) y devolverle las capacidades perdidas (prevención terciaria).

En otro sentido la promoción de la salud es un proceso que busca desarrollar habilidades personales y generar los mecanismos administrativos, organizativos y políticos que faciliten a las personas y grupos tener mayor control sobre su salud y mejorarla. Busca lograr un estado de bienestar físico, mental y social, en el que los individuos y/o grupos puedan tener la posibilidad de identificar y lograr aspiraciones, satisfacer necesidades y poder cambiar o hacer frente a su entorno.¹⁵

Es importante resaltar que la carta de Ottawa define a la promoción de la salud como el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud, y para que la mejoren. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un

individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y llevar a cabo aspiraciones, satisfacer unas necesidades y cambiar el entorno o adaptarse a él ¹⁶. En definitiva la promoción de la salud se ve como la toma de control del individuo del proceso de totalidad de su propia vida y ser ¹⁷.

Ahora veamos que la promoción de la salud difiere de la prevención de la enfermedad en el objeto para las intervenciones: para la primera es lo que se considera “saludable”y para la segunda, la enfermedad y los riesgos de enfermar.

De otro lado, la promoción de la salud se dirige principalmente a la población y la prevención de la enfermedad más al individuo; la promoción de la salud busca influir en las interacciones entre grupos y ambientes, o sea en la situación en que vive la gente, en la interacción de factores causales. Las diferencias y similitudes pueden notarse en aspectos como: a) Los objetivos: en prevención de la salud se enfocan a reducir los factores de riesgos y las enfermedades, así como a proteger individuos y grupos contra riesgos específicos. En promoción de la salud se dirigen a actuar sobre los determinantes de la salud y a crear las llamadas opciones saludables, para que la población pueda acceder a ellas. b) A quienes se dirigen las acciones: en prevención se dirigen a personas y grupos a riesgo de enfermar por alguna causa, en la promoción de la salud las acciones se dirigen tanto a grupos de personas y comunidades como a procesos, condiciones y sistemas que requieren ser modificados favorablemente a la salud.c) El tipo y el papel de los interventores: en prevención de la salud se trata de pruebas de tamizaje, de procedimientos y manejos clínicos que buscan prevenir complicaciones y muertes, y su papel tiene mucho que ver con su competencia técnica y científica. En la promoción de la salud el papel que tienen ellos más allá de aplicar un procedimiento al individuo, va dirigido a generar

condiciones para que individuos y grupos desarrollen la capacidad de actuar, se empoderen y tomen decisiones positivas para su salud y el bienestar colectivo¹⁸.

Para la investigadora, la promoción de la salud es conceptualizada como una prescripción total de estilo de vida, combinando varios o todos los comportamientos posibles o conocidos de modo de vida, los cuales, si se ponen en práctica, pueden prevenir la enfermedad y es una autorresponsabilidad de los individuos que participan de tal modo, en el que la persona que es curada es también el sanador, provocando el ascenso del nivel de energía del todo. Además podría decirse que la promoción de la salud se ve como detección pronta de enfermedad mediante procesos como los programas de atención integral del adulto, con el propósito de minimizar la gravedad de la enfermedad y el nivel de intervención si se presenta la enfermedad a pesar de nuestros esfuerzos por prevenirla. El programa de atención integral al adulto al igual que otros programas, nacen del modelo de atención integral de salud.

El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) corresponde al sexto Lineamiento de Política del Sector Salud 2002-2012 determinándose como marco técnico conceptual de la reforma para transformar la realidad de salud pública del país. En él se define un conjunto de políticas, componentes, sistemas, dimensiones, procesos e instrumentos que operando coherentemente mejoran la calidad de los servicios, incrementan la participación ciudadana, optimiza el manejo de los recursos y satisface en mayor medida las necesidades de salud de las personas en el contexto de la familia y de la comunidad³.

En un concepto actual, el modelo de atención integral de salud es la forma de aplicar las acciones de salud tomando como eje central las necesidades de salud de las personas en el contexto de la familia y de la

comunidad, antes que a los daños o enfermedades específicas. Establece una visión multidimensional y biopsicosocial de las personas e implica la provisión continua y coherente de acciones dirigidas al individuo, a su familia y a su comunidad desarrollada en corresponsabilidad por el sector salud, la sociedad y otros sectores, para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, con la finalidad de mejorar el estado de salud para el desarrollo sostenible³.

Entonces se entiende al modelo de atención integral, como el esquema teórico de un sistema que busca abordar las necesidades de salud de la persona familia y comunidad de una manera integral, creando programas sociales y servicios de mayor calidad para apoyarse en ellos, e inscribiendo con énfasis a la promoción de la salud dentro del marco a través de diversas estrategias para consolidar las acciones de atención integral de salud que disminuyan los riesgos y daños de los usuarios. El personaje principal dentro de las estrategias para la promoción de la salud en la atención integral en salud, es el adulto.

Por consiguiente, la etapa adulta es el periodo del ciclo vital humano comprendida entre los 20 a y los 59 años de edad. Desde la perspectiva biológica es la fase de la vida que limita entre la madurez y el principio de la senectud¹⁹.

Haciendo referencia a las personas en estudio, diremos que las personas adultas que reciben atención integral en Essalud en su mayoría son adultos de condición económica media – baja que han logrado asegurarse a través de las cooperativas donde muchos de ellos trabajan. Varios se encuentran aún sumergidos en el mundo laboral y otros van acercándose al momento de la jubilación, situaciones que también influyen en el ritmo de vida y por lo mismo en la adquisición de formas de vida que pueden estar a favor o en contra de la salud propia, así como en

el nivel de responsabilidad que pueden asumir frente a sus estados de salud.

También se le considera la etapa de la conciliación con la realidad práctica, en la cual el individuo es capaz de controlar sus emociones, de afrontar problemas y frustraciones sin esfuerzos indebido ²⁰. Esta etapa es la más amplia de la vida de las personas y en ella se producen cambios importantes en el modo de vida que determinan una relación más intensa y exposición progresiva a riesgos ambientales. El incremento de la esperanza de vida permite que aparezcan enfermedades propias de la edad madura que representan el deterioro orgánico del adulto que la acción de enfermedades previas, herencia, malos hábitos higiénicos, efectos adversos del medio ambiente, desgaste propio del organismo por envejecimiento ²¹.

De lo anteriormente expuesto se puede discernir que la edad adulta es la etapa en la cual los individuos han adquirido todo su crecimiento físico, un gran desenvolvimiento social y emocional, un grado mayor de desarrollo, de autorrealización, de confianza en sí mismos, en su capacidad de tomar decisiones, gozando de más independencia y manteniendo intimidad consigo mismo y con otras personas. Un aumento en las capacidades mentales de razonamiento matemático, fluidez verbal, capacidad de vocabulario, capacidad de extraer conclusiones y capacidad de razonar, capacidades que mejoran gradualmente hasta principios de la cuarta o la quinta década de vida, lo cual aumenta su capacidad de toma de decisiones, un factor importante para asumir el control de la salud propia.

Además el adulto representa una gravitante fuerza económicamente productiva para el país y un componente esencial en la

constitución familiar y social, por ello, el periodo de la edad adulta es el principal foco de interés de esta investigación.

Se agrega que el relativo éxito en el control de múltiples enfermedades transmisibles, transformaciones sociales como la urbanización y la globalización, y los profundos cambios en el estilo de vida subsecuentes y fruto de la transición epidemiológica generada por estos fenómenos, se aprecia una superposición, en un mismo escenario; las enfermedades no transmisibles: problemas relacionados con los estilos de vida, los problemas de salud mental, accidente de tránsito, salud ocupacional etc., cuya compleja historia natural los convierten en un difícil reto para la salud pública actual.

Actualmente se cuenta con la norma técnica para la atención integral de salud en la etapa de vida adulto, la cual incorpora los componentes técnicos y administrativos del Modelo de Atención de Salud del Adulto, para abordar eficientemente las necesidades de salud de ese grupo poblacional, superando los desafíos sanitarios que implica la cobertura integral de sus necesidades de salud y habitándolos para el cumplimiento de su rol familiar y social. Este instrumento tiene como finalidad contribuir a mejorar la salud del adulto mujer y varón en un marco de respeto a los derechos, equidad de género, interculturalidad y calidad, teniendo como objetivos implementar el uso de instrumentos de atención integral del adulto en los establecimientos de salud ¹⁹.

II. MARCO METODOLÓGICO

2.1. Tipo de investigación

La investigación fue de tipo cualitativa descriptiva, la cual es una aproximación sistemática y subjetiva que permite describir las experiencias de vida y darle significado; se centra en la comprensión de la globalidad, lo cual es congruente con la filosofía holística de la enfermería.²² El enfoque de la investigación cualitativa se basa en una visión del mundo que parte de los siguientes posicionamientos: No existe una realidad única, la realidad se basa en percepciones, es diferente para cada persona y cambia con el tiempo, aquello que conocemos tiene significado solamente en una situación o contexto dado ²³. La investigación cualitativa proporciona un proceso a través del cual las enfermeras pueden estudiar un fenómeno desde una perspectiva distinta a la tradicional.

2.2. Abordaje metodológico

El tipo de abordaje que se realizó en esta investigación fue el estudio de caso, que constituye una investigación a profundidad de una sola entidad o de una serie reducida de entidades. La investigadora que realizó el estudio de caso intentó analizar y comprender los fenómenos más importantes para la historia, desarrollo de atención de un individuo o de sus problemas y en este caso lo relacionado con las estrategias de promoción de la salud, dirigidos a la atención integral del adulto ²³. Entre sus principios para su desarrollo, se dirigió al descubrimiento, enfatizando la interpretación en el contexto, que para el estudio correspondió los Policlínicos de Essalud del ámbito regional. Se usó una variedad de fuentes de información, como registros diarios de atención de pacientes, registro de seguimiento de pacientes captados, experiencias secundarias pero importantes ²⁴. La principal ventaja de estudio de caso

fue la profundidad a la que se llegó teniendo en cuenta los principios aplicados ²⁵.

Este estudio de caso se realizó en 3 fases, las cuales se enfatizan y sobreponen en diferentes momentos, siendo difícil precisar el término que las separa.

La fase Exploratoria, se realizó la problematización y observación en campo clínico, interrogantes planteadas por la investigadora consulta bibliográfica y la construcción del instrumento. De la presente investigación la problematización se elaboró de lo observado en el consultorio del programa del adulto en los policlínicos de EsSalud, de donde también emergió la interrogante: ¿cuáles son las estrategias de promoción de la salud en la atención integral del adulto – policlínicos de Essalud, Chiclayo 2011?

La segunda fase Sistemática o de delimitación del estudio, una vez realizada la identificación del problema de investigación se procedió a la recolección de datos considerando instrumentos adecuados al objeto de investigación; para esto en esta investigación se validó los instrumentos de recolección a través de una pequeña muestra piloto de enfermeras de Ferreñafe en el programa del adulto, lo que contribuyó a una mejor construcción del instrumento de recolección de los datos.

En la tercera fase Análisis y elaboración del informe, se realizó el análisis del contenido de los resultados obtenidos, confrontándolos con la literatura. Consecutivamente se realizaron las consideraciones finales que permitieron la comprensión sobre el tema y finalmente las recomendaciones. El informe se redactó con lenguaje sencillo para una mejor comprensión.

El estudio de caso es un método empleado para estudiar a un individuo o una situación en un entorno o situación única y de una forma más detallada, que se utilizó en la investigación y nos dio como resultado datos importantes y profundos no solo del contexto en que se desarrollaron las acciones de promoción de la salud, sino como se utilizaron las estrategias para la promoción de la salud en la atención integral al adulto.

2.3. Sujetos de la Investigación

Los sujetos de investigación fueron 7 enfermeras que laboran en los cuatro policlínicos de Essalud Chiclayo, entre ellas 3 contratadas y 4 nombradas, con un tiempo de trabajo hasta de 10 años en el policlínico y mínimo 3 meses en el programa del adulto.

Para delimitar los sujetos de investigación se consideró como criterio de exclusión; a las enfermeras que trabajan en el área de hospitalización, enfermeras serumistas y aquellas que no desearon participar en el estudio.

Las profesionales en estudio cumplen horarios de atención que van de lunes a sábados, de ocho de la mañana a dos de la tarde, y por las tardes de 2 de la tarde a 7 de la noche. Los días sábados la atención es solo en las mañanas y en el mismo horario.

En consultorio las enfermeras realizan consejería individual, revisan resultados de exámenes de pacientes como parte del seguimiento al problema de salud de las personas y no solo están abocadas a realizar actividades en consultorio sino también realizan actividades

extramurales, gracias a alianzas estratégicas y convenios con instituciones educativas, empresas, entre otros.

2.4. Escenario

El escenario donde se desarrolló la investigación fue la provincia de Chiclayo en la red asistencial de Essalud, específicamente en los programas del adulto de los policlínicos Chiclayo oeste en Chiclayo, Manuel Manrique Nevado en José Leonardo Ortiz, Carlos Castañeda Iparraquirre en la Victoria y Agustín Gavidia Salcedo en Lambayeque. La descripción del escenario en el cual los sujetos de estudio actúan es la siguiente: En la parte externa de los establecimientos de salud se pudo observar a la entrada una señalización que identifica al programa del adulto/adulto mayor; cerca de la puerta un escritorio que ocupa el técnico de enfermería, que se encarga de recepcionar los tickes de los pacientes, de llevar y traer las historias de los mismos. Este programa se compone de un solo ambiente de trabajo y en él se distribuyen las enfermeras para brindar atención al usuario, donde cada una posee un escritorio para la atención individualizada.

En la parte interior de los consultorios se observó que estos cuentan con material de escritorio, una balanza, centímetro, un tensiómetro, rotafolios para las sesiones educativas, tarjetas de control para los pacientes, tarjetas para tamizaje para presión arterial, un manual para la atención integral del adulto/adulto mayor, registro anual del número de pacientes por patología. Ninguno de los programas visitados cuenta con medios audiovisuales.

El sistema de citas se da a través de una consulta externa, donde es el médico quien destina si la persona necesita de atención y control en el

programa del adulto, de ser así el usuario recibe una tarjeta de control que es utilizada por las enfermeras para el seguimiento del problema de salud de la persona, según la patología que tuviera. Para ello cuentan con un sistema de registros para síndrome metabólico, libro de registro y seguimiento de riesgos y/o daños priorizados adulto/adulto mayor y por supuesto también cuentan con un manual de atención integral al adulto y adulto mayor.

2.5. Instrumentos de recolección de los datos

En la investigación se utilizó la técnica de la observación, la cual se entiende como una técnica de recolección de datos que permite acumular y sistematizar información sobre un hecho o fenómeno social que tiene relación con el problema que motiva la investigación. En la aplicación de esta técnica, el investigador registra lo observado, mas no interroga a los individuos involucrados en el hecho o fenómeno social; es decir, no hace preguntas, orales o escritas, que le permitan obtener los datos necesarios para el estudio del problema.

Esta técnica es fundamentalmente para recolectar datos referentes al comportamiento de un fenómeno en un “tiempo presente”, determina quién interactúa con quién, permite comprender cómo los participantes se comunican entre ellos, y verifican cuánto tiempo se está gastando en determinadas actividades. Al respecto, la técnica de la observación se complementa con la técnica de la entrevista o el cuestionario y/o la técnica del análisis de contenido; dependiendo esto del tipo y alcances de la investigación.

Es por ello que otra de las técnicas que se utilizó para la recolección de datos fue la entrevista semiestructurada a profundidad, que se aplicó

para conseguir un profundo y mutuo entendimiento. El objetivo del investigador fue obtener una idea profunda de las experiencias de los participantes ²⁴. Este es un método de investigación social que sigue los mismos pasos de la investigación científica; sólo que en su fase de recolección de datos, éstos se obtiene mediante un conjunto de preguntas, orales o escritos, que se les hace a las personas involucradas en el problema motivo de estudio.

También la entrevista permite al investigador obtener mayor cantidad de respuestas, obteniendo así mejores resultados, para la comprensión y análisis profundo de los datos obtenidos en la entrevista.²¹. De esta manera la entrevista semi estructurada a profundidad ayudó a obtener datos mucho más amplios y profundos, además de que las personas entrevistadas pueden dar sus propios puntos de vista, opiniones, etc. referente al tema que se está tratando.

La entrevista diseñada para esta investigación fue validada con dos enfermeras del Hospital de Ferreñafe- Essalud, también del área de atención integral para el adulto, a través de cinco preguntas que posteriormente fueron replanteadas a cuatro preguntas y así se pudo mejorar la redacción y dirección correcta de las preguntas

Para la aplicación de la entrevista se solicitó a las enfermeras que laboran en el programa del adulto de los Policlínicos de Essalud, la firma del consentimiento informado. Las entrevistas fueron realizadas en el mismo ambiente laboral, finalizados los turnos de trabajo a solicitud de las enfermeras y según su disponibilidad de tiempo; para ello se utilizó una grabadora y el tiempo aproximado de cada entrevista fue de 30 minutos.

2.6. Procedimiento

El primer medio para la recolección de datos fue la observación no participante la cual se hizo días previos a la entrevista, lo que permitió observar la manera de atención, la demanda y cantidad aproximada de usuarios atendidos en el programa, posteriormente luego de presentar el trabajo a realizar se coordinó con la responsable de enfermería para obtener el permiso respectivo. Una vez obtenido la venia, la investigadora se presentó ante las personas a indagar, manifestando el motivo de la investigación y la manera en que sería recogida la información.

Las enfermeras entrevistadas dispusieron que las entrevistas se realizaran al finalizar el turno laboral, en varios de los casos se tuvo que posponer la entrevista respecto al día que se estableció en un primer momento, esto se debió a las actividades de las enfermeras y el tiempo que disponían para la entrevista. Para empezar la entrevista, cada enfermera eligió un seudónimo con el cual se la llamaría durante la entrevista. Los seudónimos son: Oasis, girasol, azul, pelusa, margarita, tulipán, azucena.

Durante la entrevista fue de suma importancia la capacidad y la habilidad de introducirse en el medio de estas personas, tratando así de captar cada contexto que no fuera observado por la investigadora, pero que si se puedan obtener a través de los testimonios de las personas.

2.7. Análisis de los datos

El análisis que se realizó a los datos es el análisis de contenido , este es un conjunto de procedimientos interpretativos de mensajes, textos o discursos que resultande procesos singulares de comunicación previamente registrados, y que, basados en técnicas de medida, a veces

cuantitativas (estadísticas basadas en el recuento de unidades), a veces cualitativas (lógicas basadas en la combinación de categorías) tienen por objeto elaborar y procesar datos relevantes sobre las condiciones mismas en que se han producido aquellos textos, o sobre las condiciones que puedan darse para su empleo posterior.²⁶

El análisis de contenido es una técnica muy útil para analizar los procesos de comunicación en muy diversos contextos, comprende el Pre análisis: en esta etapa se organizó el material a analizar, en la que se diseñaron y definieron los ejes del plan que permitió examinar los datos y realizar efectivamente el análisis de contenido; aquí se realizó la lectura y recorte del texto obtenido en las entrevistas, transcribiéndolos de manera ordenada y dándoles un seudónimo para garantizar la privacidad de las personas entrevistadas.

La codificación consistió en realizar una transformación de los “datos brutos” (el material original) a los “datos útiles”. Las operaciones implicadas en esta etapa son la fragmentación del texto, es decir el establecimiento de unidades de registro y la catalogación de elementos; aquí se realizó una relectura de las entrevistas para relacionar los datos que serían de utilidad para la autora, estableciendo los discursos y unidades significativas. la identificación de los elementos presentes en la base textual y su codificación en temas; para proceder a la búsqueda de los elementos existentes en cada texto, sus fragmentos fueron leídos detenidamente para destacar la relación o similitud que guardaba un discurso con otro, además de colocársele un determinado color para una mejor identificación. De los elementos encontrados en todos los fragmentos del cuerpo del documento, se obtuvo con certeza las categorías.

Categorización: Aquí se organizó y clasificó las unidades de análisis obtenidas en base a criterios de diferenciación. El criterio fundamental de categorización (agrupación) es semántico, es decir considerando similitudes en su significado. De esta fase emergieron cuatro categorías: La promoción de la salud en la atención del adulto, reconociendo estrategias para promover la salud en el adulto, identificando elementos facilitadores en el uso de estrategias, identificando obstáculos en el uso de estrategias.

Este tipo de análisis permitió examinar la información obtenida a través de sus tres etapas, llegando a la categorización para así poderle dar significado a todo lo dicho en las entrevistas por las enfermeras que laboran en la atención integral del adulto de los policlínicos- Essalud y lograr los objetivos planteados.²⁷

De este modo el análisis de contenido ayudó a descifrar los contenidos de las entrevistas para de esta forma obtener nuevos conocimientos, diferenciar puntos de vista, opiniones y entender de manera clara los hechos comunicados por quienes fueron entrevistados.

2.8. Criterios éticos

Los criterios éticos que se mantuvieron durante la presente investigación están basados en los principios de la bioética personalista según Sgreccia ²⁸, de los cuales se tomaron en cuenta tres de ellos.

Principio de defensa de la vida física: Aplicado a nuestra investigación este principio encontró su sustento en el momento que los sujetos de investigación eligen un seudónimo para tomar la entrevista, de esta manera se respetó su dignidad como persona, sin ofender y sin

traspasar sus derechos. Además se realizó la entrevista solo a aquellas enfermeras que desearon participar de la investigación, respetando sus ideas y opiniones.

Principio de libertad y responsabilidad: señala la libertad del sujeto a participar de la investigación, la firma del consentimiento informado es el pilar de este principio.

Principio de sociabilidad y subsidiaridad: Este principio fue una de las bases más importantes de la presente investigación, pues se vio a las enfermeras como seres sociales, con deberes frente a situaciones que mejoren la salud, en este caso de los adultos. Los beneficios de esta investigación, será el de ayudar en la labor de la enfermera, a generar un cambio de actitud y el de contribuir a plantear políticas saludables enfocadas en la atención integral al adulto.

2.9. Criterios de rigor científico

Está respaldado por Castillo ²⁹, quién nos explicó que la calidad de un estudio está determinada, por el rigor y la calidad científica de los estudios cualitativos; de los cuales se tomaron tres criterios:

La Credibilidad. Este trabajo mantuvo la credibilidad en todo momento ya que los sujetos y el escenario de investigación fueron reales así como también las personas que estuvieron en contacto con la investigadora y fue plasmado bajo el consentimiento informado, los datos que se obtuvieron no fueron tergiversados puesto que se analizaron tal y como fueron expuestos por las enfermeras entrevistadas.

La Coherencia. En el presente estudio se puso en práctica este rigor teniendo una interrelación entre la entrevistada y entrevistadora. Cada parte del trabajo hecho tuvo relación en todo, manteniendo un enlace desde la literatura hasta lo investigado.

La Consistencia. En el presente estudio se puso en práctica este criterio con la finalidad que exista una base teórica que respalde los problemas encontrados.

III. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Producto de la investigación de enfermería, la pregunta inicial de la investigación, “¿Cuáles son las estrategias de promoción de la salud en la atención integral del adulto- Policlínicos EsSalud?”, es resuelta luego del estudio minucioso que ha desarrollado la investigadora y que, estima, es un aporte a las consideraciones que deben tenerse en cuenta en el planeamiento de estrategias dirigidas a promover la salud en la atención integral al adulto, llegándose consecuentemente a establecer los siguientes resultados.

1. La promoción de la salud en la atención del adulto

2. Educación para la salud como estrategia de promoción en el adulto

3. Identificando Elementos Facilitadores en el Uso de Estrategias
 - 3.1. Participación del equipo multidisciplinario en la atención integral del adulto

4. Identificando Obstáculos en el Uso de Estrategias
 - 4.1. Déficit de tiempo para una atención de calidad
 - 4.2. Exigencia en la productividad laboral de enfermería

1. LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA ATENCIÓN DEL ADULTO

La promoción de la salud es una expresión tan señalada en el ámbito de la salud, que conviene tener muy en claro la definición de esta y la finalidad que persigue, para poder difundirla en la población de tal manera que logre llegar a ellos y concientizarlos. Sobre todo rescatar la importancia que tiene al ser una herramienta que permite transformar estilos de vida.

Dentro del abordaje de promoción de la salud encontramos un punto importante denominado determinantes de la salud para lo cual es obligado citar a Lalonde, quien propuso el modelo de determinantes de salud. Según dicho modelo el nivel de salud de una comunidad viene determinado por la interacción de cuatro variables; la biología humana, el medio ambiente, los sistemas de salud y los estilos de vida de los individuos o comunidades.

El término estilo de vida se utiliza para designar la manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida, en su sentido más amplio, y las pautas individuales de conducta, determinadas por factores socioculturales y características personales.

El estilo de vida de una persona viene definido por sus reacciones habituales y por las pautas de conductas que ha desarrollado en su vida social, pautas que aprende en relación con los padres, compañeros, amigos o hermanos, o por la influencia de la escuela, medios de comunicación, etcétera, y que además están sujetas a modificaciones de forma continua²¹.

En el ámbito de la promoción de la salud van a ser de gran importancia, tanto la gran influencia que los estilos de vida pueden tener sobre la salud, como el potencial de cambio de dichos estilos de vida.

Hay estilos de vida que fomentan la salud y el bienestar, en tanto que hay otros que incluyen comportamientos negativos para la salud. De la comprensión de cómo influyen los estilos de vida en la salud, resulta evidente que si hay que mejorar el estado de salud a partir de la modificación de los estilos de vida, será imprescindible no solo actuar sobre la persona, sino también sobre aquellos otros factores del medio ambiente, del entorno global del individuo, que influyen notablemente también en los estilos de vida ²¹.

Los profesionales de enfermería que brindan atención al adulto reconocen como uno de los fines más importantes de la promoción de la salud, la modificación de estilos de vida que perjudican la salud de la persona.

Como se ha comentado, el adulto es una persona bien formada en sus gustos y hábitos en general, esto se da también con la influencia de ciertos factores del medio ambiente, el entorno familiar, cultural, medios de comunicación, escuela, la sociedad misma, entre otros y así se han ido determinando sus modos de vida. Muchos de los resultados de las formas de vida que han adquirido las persona, se ponen de manifiesto en la etapa adulta y por lo general en su estado de salud, a través de la adquisición de enfermedades que se hacen crónicas y que se han desarrollado en base a los estilos de vida que adquirieron hasta llegar a la etapa adulta.

Es por ello que la promoción de la salud se enfoca a transformar estilos de vida que perjudican la salud, lo que ha sido expresado por las enfermeras en los siguientes discursos:

“... la promoción de la salud viene a ser una serie de lineamientos que están abocados a que la población, la comunidad mejore todos sus estilos de vida en búsqueda de tener buenas prácticas para que mejore su sistema de salud”. (Oasis)

“... La promoción de la salud contribuye a la construcción de estilos de vida saludables a través del desarrollo de habilidades”. (Azucena)

El estilo de vida hace referencia al conjunto de elecciones que caracterizan la forma de vida de una persona o un grupo social ³⁰. Las enfermedades crónicas degenerativas como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, las dislipidemias y la obesidad son al momento un problema de salud pública no solo nacional, sino incluso internacional. Se ha manifestado un incremento de ellas de forma proporcional a la expectativa de vida y ha sido demostrado que los hábitos y estilos de esta son factores trascendentes para el desarrollo de las patologías en mención una vez que se cuente con la carga genética que las predispone y se encuentre en un medio cultural propicio. Podemos darnos cuenta que el estilo de vida tiene una representación importante en el estado de salud pública de una población ya que se considera que un tercio de las enfermedades en el mundo pueden prevenirse mediante cambios en el comportamiento y modificaciones en el estilo de vida ³¹.

En este sentido la promoción de la salud se define también, como el conjunto de actividades, que al acentuar los aspectos positivos; ayudan a que la persona desarrolle los recursos que conservan o mejoran su bienestar general, así como su calidad de vida. Esto se refiere a las

acciones que el sujeto asintomático realiza encaminadas a permanecer sanos y que no requieren de la participación del personal de salud. El propósito de la promoción de la salud es hacer énfasis en el potencial de bienestar de la persona y alentarla para que modifique sus hábitos personales, estilos de vida y ambiente, de manera que sea posible el mejoramiento de su salud y bienestar general. Es un proceso activo, es decir no se trata de algo que se pueda prescribir o dictar. Está en manos de la persona decidir si efectúa los cambios que le ayudaran a mejorar su salud y lograr un nivel más alto de bienestar. Esto entraña decisiones que solo puede tomar el interesado ³². Se aprecia en el siguiente discurso:

“... Con la promoción de la salud estamos ayudando a cambiar estilos de vida inadecuados que están arraigados y más que todo cambiarlos en el adulto de un día al otro va a ser difícil”. (Pelusa)

La promoción de la salud es un tema que cobra vigencia en la actualidad, en razón a que se constituye en una estrategia básica para la adquisición y el desarrollo de aptitudes o habilidades personales que conlleva a cambios de comportamiento relacionados con la salud y al fomento de estilos de vida saludables; así, contribuye al mejoramiento de la calidad de vida de las personas que conforman una sociedad y, como consecuencia, se logra la disminución en el costo económico del proceso salud-enfermedad en el país.

Para la investigadora la promoción de la salud además de ser una estrategia de salud pública es un instrumento eficaz que consiste en un proceso de capacitación dirigido a modificar conductas insanas, a través de ciertos métodos con el propósito de desarrollar habilidades mediante la adquisición de conocimientos sobre hábitos o estilos de vida saludables

a fin de transformar conductas insanas y que el adulto mismo sea capaz de tomar decisiones conscientes en beneficio de su propia salud.

Finalmente los estilos de vida están determinados por pautas de comportamiento desarrolladas durante los procesos de socialización, permaneciendo en constante interacción con las diferentes situaciones sociales y por tanto sujetas a modificaciones. La inseparable relación de la persona con su entorno constituye la base de la concepción socio-económica de la salud, subrayando la importancia de la interacción entre los individuos y su entorno, así como la necesidad de conseguir cierto equilibrio dinámico entre ambos.

2. EDUCACIÓN PARA LA SALUD COMO ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE SALUD EN EL ADULTO.

La salud pública tiene como estrategia a la promoción de la salud, está a su vez tiene como estrategia la educación para la salud hacia el logro del desarrollo de habilidades personales.

Se ha considerado anteriormente que la promoción de la salud transforma hábitos o estilos de vida negativos para la salud. Pero ¿cómo conseguir cambiar estilos de vida inadecuados en los adultos?, ¿cómo desarrollar esas habilidades que contribuyan al autocuidado del adulto? El concepto de promoción de la salud lleva implícito el estímulo de las actitudes y conocimientos que permiten a los individuos tomar responsabilidad sobre el propio cuidado. Entonces, la educación para la salud cobra en este terreno una especial relevancia, proporcionando información sobre las diferentes opciones de que se dispone para ejercer

mayor control sobre uno mismo y sobre el entorno, promoviendo el desarrollo de actitudes y habilidades positivas.

Igualmente la promoción de la salud pretende el desarrollo de las habilidades individuales y la capacitación para influir sobre los factores que determinan la salud, así como la promoción de los cambios necesarios para generar y posibilitar las opciones saludables. También hemos puntualizado que los estilos de vida y los factores medioambientales son los que en mayor grado determinan nuestra salud.

Desde esta óptica de multidimensionalidad (física, social y ecológica) y relativa (histórica, cultural, individual), se hace necesaria la participación activa de la población bien informada para el logro de los objetivos de promoción de la salud, siendo la educación para la salud, la herramienta que proporcione los conocimientos, actitudes y habilidades necesarias, inculcando la conciencia de los factores determinantes de la salud y capacitando para que pueda llevarse a cabo esa participación activa de las personas, las familias y la población en todos los procesos de salud. Valiéndose para ello de todas las técnicas que implica la educación para la salud: la consejería, comunicación, información, etc. Se aprecia en el siguiente discurso:

“... La educación, la realización de talleres educativos. Debemos estar educando a la población con la finalidad de que modifiquen estilos de vida para evitar daños como la hipertensión arterial, diabetes y obesidad”.
(Azucena)

Educar es un proceso de socialización y desarrollo que tiende a capacitar al individuo para desenvolverse en su medio, facilitándole las herramientas para la gestión de su propia realidad y la intervención activa

en los distintos escenarios sociales. Ahora educar para la salud supone, por tanto facilitar el aprendizaje dirigido a conseguir cambios en los comportamientos de las personas, a través de la combinación de experiencias de aprendizaje que mejoran la salud.

La educación para la salud es una parte de la estrategia de promoción de la salud basada en el fomento de estilos de vida saludables, que se representan en la conducta de las personas en la utilización de conceptos y procedimientos saludables y hábitos, valores y normas de vida que generen actitudes favorables para la salud. La promoción de la salud es un marco conceptual en el que la educación para la salud es uno de sus instrumentos más importantes ²¹.

“... Los talleres educativos, programa de actividad física, charlas educativas. Se tocan temas de alimentación saludable, actividad psicofísica, factores de riesgo de enfermedades”. (Girasol)

“... Aquí hacemos talleres que consiste en dar una charla y hacer participar si es que conoce en si el paciente en cuanto a las enfermedades crónicas que se tratan en el programa, en las complicaciones que se presentarían en caso de que ellos no cumplieran con su tratamiento”. (Pelusa)

A partir de los discursos narrados nos damos cuenta de que las enfermeras utilizan como estrategias para promocionar la salud en la atención integral al adulto; la charla educativa, la consejería y las reuniones de grupo que en conjunto vendrían a conformar un taller educativo. Vemos que todas estas técnicas empleadas están ligadas a la educación para la salud. Tal como se expresa:

“... Las estrategias que utilizamos son los talleres educativos, charlas educativas o consejería...las reuniones de grupo con pacientes crónicos,

todo es parte de charlas educativas, nosotras mismas las damos tocando temas de estilos de vida saludables, actividades físicas". (Azul)

La charla se constituye en uno de los medios más utilizados en educación para la salud dirigida a grupos más o menos numerosos de la comunidad, interesados en un tema en concreto ³³. Claramente, de acuerdo a los discursos podemos darnos cuenta que la charla educativa es el método de educación sanitaria más utilizado como estrategia para promocionar la salud en la atención integral de salud al adulto, dado que es un método fundamental para dirigirse a los grupos y ofrece interactividad y participación entre el público y el expositor. Sin embargo en la planificación y realización de las charlas deben tenerse presentes ciertos puntos que constan en valorar las características de la población a quienes van dirigidas las charlas, es decir, el grupo etareo, nivel socioeconómico, cultural y costumbres de las personas, para que sea eficaz y de igual manera tener en cuenta las ventajas y desventajas al desarrollar este método.

La charla debe ser promocionada por el propio grupo a la que va dirigida, la persona que va a dar la charla debe ser buen conocedor del tema, las condiciones del lugar en el que se va a desarrollar deben ser óptimas, la charla debe ser breve (alrededor de 30 minutos, 45 minutos como máximo), utilizar un lenguaje apropiado para los oyentes. Las ventajas que ofrece son; que es más económica que otras y favorece la empatía entre el ponente y los pacientes, en poco tiempo se puede realizar una exposición completa del tema. Entre los inconvenientes tenemos que las personas adoptan una actitud poco activa y se limita a oír la charla, además se corre el riesgo de enviar mensajes que no se querían transmitir³⁴.

Contrastando con la realidad encontrada, las charlas educativas que se daban en el programa del adulto, para empezar no eran diarias y ciertamente era desarrollada por la enfermera en un tiempo de media hora aproximadamente. Los horarios y días eran programados, mas no son planificados respecto al contenido, a la dinámica y retroalimentación del tema expuesto, como tampoco fueron considerados los niveles de educación de las personas.

Por otro lado está también la consejería, la cual es una técnica de comunicación interpersonal, que permite al consejero conocer y entender en forma más profunda las necesidades de apoyo e información que requiere la persona. La consejería no es solo dar consejo, es llevar a la paciente a tomar sus propias decisiones a través de la reflexión, y la información necesaria con el apoyo del consejero dicha técnica propicia mayor calidez en atención al usuario por la comunicación interpersonal que se establece ³⁵. Es también una herramienta aplicada a diversos aspectos de la prevención y promoción a la salud, que consiste en una relación de ayuda basada en una comunicación efectiva; con ella se busca mejorar la salud del paciente, proporcionándole un medio para efectuar un trabajo más eficaz al menor costo. En el ámbito de la salud, la consejería se define como una relación de ayuda establecida entre un profesional y un paciente, con el fin de mejorar o promover la salud, a través del fomento de su capacidad para tomar decisiones.

Se deben establecer diagnósticos de enfermería que permitan determinar la intervención, la cual este dirigida a proporcionar recomendaciones para modificar estilos de vida, a través de información clara y sencilla, que ayude a las personas a mejorar su autocuidado ³⁶.

Es fundamental saber que el éxito de la consejería depende, en gran medida, de la participación voluntaria del paciente, que esta estrategia puede ser utilizada en diferentes ámbitos y en distintos problemas de salud. La consejería es una herramienta de uso de los profesionales de la salud, con el fin de desarrollar con mayor efectividad una de sus funciones, que es promover comportamientos saludables, tanto en el ámbito de la prevención como en el tratamiento o mitigación de los efectos de las enfermedades ³⁶.

La consejería en consulta sigue etapas; la consejería inicial que depende del grado de conocimiento que posee la persona sobre el tema. Puede realizarse en cualquiera de los niveles de atención, incluye información, educación y comunicación, individual o grupal de aspectos relacionados con la afección o riesgos a la que está expuesta; la consejería específica es la parte medular del proceso que persigue ampliar la información, aclarar dudas y facilitar la toma de decisiones del paciente y fortalecer los aspectos que influyeron en la toma de esa decisión, se afianzan los elementos que se consideren que puedan orientar a modificar un estilo de vida, se reconoce como eje del proceso porque aquí el adulto ya tiene una decisión y actitud hacia el tratamiento y atención en su problema de salud consultado.

En último lugar la consejería de seguimiento; su principal objetivo es establecer mecanismos que permiten dar apoyo a las personas para conseguir mayor continuidad en la práctica de las conductas que ellas mismas se han impuesto con el apoyo y orientación del consejero, la enfermera en este caso. La consejería requiere de seguimiento, para recalcar los efectos secundarios y complicaciones del tratamiento o en caso de abandono del mismo, como para fortalecer el actuar de la

persona. Da oportunidad de aclarar conceptos que hubieran quedado oscuros y facilita fijar las próximas fechas para nuevas consultas.

La persona que dirige el proceso de una consejería es quien apoya y orienta al paciente sobre aspectos de promoción; en mi experiencia como investigadora a través de la observación no participante se pudo observar que un consejero debe reunir las siguientes características: comunicativa, facilidad de expresión, comprensiva, capaz de inspirar confianza, tolerante, saber escuchar, mirarla a los ojos del paciente, presentarse con el paciente y llamarla por su nombre. Trasladándonos a la realidad encontrada, en el programa del adulto era la enfermera a cargo quien realizaba la consejería y al comparar las características que debe de tener un consejero no se encuentran algunas de ellas antes descritas. Es posible que debido al mínimo de tiempo con el que cuentan para la atención integral al adulto que hace que la enfermera se aleje de esa parte significativa en relación con la persona adulta.

Para la investigadora la educación para la salud en la atención integral al adulto es un instrumento de salud pública a través de la que podemos facilitar cambios y capacitar a los adultos para su autorresponsabilización e implicación en los procesos de salud y enfermedad fomentando el autocuidado y a no crear dependencia inútil.

La charla educativa, la consejería y los talleres educativos en sí, como herramientas o estrategias de promoción de la salud en la atención integral al adulto son útiles pero están encaminadas de manera inadecuada, debido a que las charlas educativas como las consejerías en consultorio de enfermería deberían ser un proceso en el que se establezca una relación donde el comportamiento, tanto en la parte emocional e intelectual ocupen un papel central, y donde el valor de los mensajes

educativos emitidos por la enfermera y/o el equipo multidisciplinario consista no tanto en la cantidad de información y conocimientos que se den, como en la forma en que se haga, y para ello es preciso adaptar en todo momento los contenidos a las características y necesidades de cada adulto.

El contexto de nuestra realidad muestra una desorganización y hasta falta de planificación en el desarrollo de estas estrategias, la charla educativa y la consejería, identificando las necesidades educativas; como la valoración previa que el adulto pueda tener sobre un tema a tratar, sus preconcepciones, las actitudes ante el tema, el interés que suscita, así como el conjunto de contenidos que se conocen sobre el problema, grado de participación del adulto y el compromiso que asume frente a su estado de salud, etc. Condiciones que como se pudo observar en la atención al adulto, no se toman en cuenta a la hora de utilizar estas estrategias, por lo que quizá no resultan tan efectivas y ello se revela cada vez más en los índices de personas adultas con hipertensión arterial, diabetes y obesidad entre otros.

Con el conocimiento previo de dichas condiciones se podría entonces diseñar los contenidos a desarrollar y así también ir rediseñando estrategias educativas en función de las características de la población adulta y del comportamiento de salud, para no caer en la monotonía que nos dan consejerías y charlas educativas actuales, no planificadas sin impacto en el adulto y por ende no generen cambios de salud. Evidentemente debido también a ciertas limitaciones que se presentan en el quehacer diario de la enfermera, la aplicación de estas estrategias se ven truncadas.

3. IDENTIFICANDO ELEMENTOS FACILITADORES EN EL USO DE ESTRATEGIAS.

Hoy en enfermería y en general en salud buscamos el mejoramiento de la calidad de la atención brindada, resurge el trabajo en equipo como una de las estrategias fundamentales para el logro de la calidad total.

Siempre es importante apuntar a todo aquello que favorezca al logro de nuestras metas así como se encuentran dificultades en el camino también se encuentran elementos que facilitan un mejor uso de estrategias de promoción de la salud. A continuación veremos la más importante dentro de la atención integral al adulto.

3.1. PARTICIPACIÓN DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO EN LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO.

El trabajo en equipo constituye una forma de abordar problemas que requieren de una dinámica especial, caracterizada por la acción combinada de varias personas poseedoras de conocimientos particulares que se articulan en un proceso de trabajo destinado a la ejecución de tareas para alcanzar una meta u objetivo. Es la mejor forma de trabajar en la solución de necesidades, situaciones y problemas, el mismo equipo requiere de una integración y cohesión.

El equipo de trabajo multidisciplinario puede extenderse como un grupo de trabajo constituido por representantes de diferentes disciplinas. En el equipo multidisciplinario, cada uno de los miembros constituye el grupo y, por lo tanto, son responsables del trabajo que se lleva a cabo en su área profesional o técnica, pero requieren del aporte del resto de los

miembros del equipo para la planificación, ejecución y evaluación de tareas que conducen al logro de objetivos comunes.

El trabajo en equipo multidisciplinario se da cuando una o varias disciplinas, concurren a la solución de un problema. Aquí la labor requiere del aporte de los otros profesionales para el logro de objetivos comunes; y puede concebirse como una sumatoria de disciplinas que no interfieren entre ellas, sino que están yuxtapuestas.

Las enfermeras son también miembros de una comunidad sanitaria mayor y suelen desempeñar roles que requieren una interacción con múltiples profesionales sanitarios que formarán el equipo. Muchos elementos de la relación ayuda enfermera- cliente también se aplican en estas relaciones colegiales, que se centran en el cumplimiento del trabajo y los objetivos de la situación clínica. La comunicación en estas relaciones puede articularse para la construcción del equipo, facilitando el proceso de grupo y colaboración.

En este sentido se necesitan tanto las interacciones sociales como las terapéuticas entre la enfermera y los profesionales sanitarios del equipo para construir relaciones morales y fuertes dentro del entorno de trabajo. Las enfermeras necesitan amistad, apoyo, guía y ánimo de los demás para enfrentarse a las muchas situaciones estresantes impuestas por el rol enfermero y deben extender la misma comunicación afectuosa empleada con los clientes para crear relaciones positivas con colegas y colaboradores ¹².

Se puede mencionar que el énfasis en la eficiencia de los cuidados de la salud une a todos los miembros del equipo de cuidados de salud. Siempre que se rediseñan los sistemas o planes, la implicación

interdisciplinaria es crucial, porque la mayoría de los procesos sanitarios afectan a más de una disciplina. La colaboración interdisciplinaria esta favorecida al incluir representantes de varias disciplinas en los proyectos prácticos, planes de educación, conferencias y reuniones de la plantilla.

Una manera de favorecer una buena comunicación dentro del equipo es definir las expectativas mutuas. Un equipo eficiente sabe que puede contar con todos sus miembros cuando surge una necesidad. Compartir las expectativas sobre qué y cuándo comunicar es un buen paso para constituir un equipo fuerte ¹².

El equipo multidisciplinario es una fortaleza en la atención integral al adulto, debido a que sus miembros están dispuestos y participan en las actividades de promoción de la salud, así lo expresaron las enfermeras como miembros del equipo multidisciplinario:

“... Trabajamos todos en equipo, enfermeras, nutricionistas, psicóloga, terapia física que nos apoyan con los ejercicios, de las personas que requieren ser atendidas. Previa coordinación”. (Azul)

“... El recurso humano que se proyecta a la comunidad. Todo con la participación del equipo multidisciplinario de salud, quienes coordinan efectivamente”. (Margarita)

El trabajo en equipo se ha convertido en un pilar fundamental en cualquier organización, ya que se ha demostrado que se consigue mayor productividad, rendimiento, innovación e incluso calidad laboral.

Se puede definir un equipo de trabajo como un conjunto de personas con habilidades complementarias que están comprometidas con un

objetivo común, con metas, tareas y propuestas de las que se consideran responsables y utilizan el consenso para la toma de decisiones.

Por tanto estas personas se necesitan mutuamente para actuar. Se aprovecha el talento colectivo, producido por cada persona al interactuar con los demás. En definitiva es lograr que los esfuerzos del grupo no sea suma de esfuerzos individuales, sino que sea mayor ⁴⁵. Así se aprecia en el siguiente discurso.

“... Participan en este proceso de atención al adulto la nutricionista, enfermera, el médico, relacionado a enfermedades crónicas dentro del programa”. (Pelusa)

La colaboración interdisciplinaria que comprende la consulta entre colegas enfermeras, igual que la participación de enfermeras clínicas en el desarrollo de conocimientos y en la formación de futuras enfermeras. La colaboración interdisciplinaria puede tener un impacto importante en la continuidad y la calidad de los cuidados y es algo que poco realizamos las enfermeras.

La identificación de enfermeras expertas y las consultas entre colegas enfermeras, los conocimientos compartidos, refuerzan el potencial y la competencia del grupo profesional, mientras que los conocimientos celosamente guardados en un escritorio o en la mente de alguna enfermera experta no contribuyen a una práctica colaborativa de calidad.

El punto de inicio de esta colaboración es reconocernos nosotras mismas como expertas y enriquecer de manera constante nuestros conocimientos y habilidades. A veces nos enfrentamos a situaciones

complejas del cuidado y no encontremos respuesta a un problema, entonces es necesario que las enfermeras de servicio compartamos estos problemas y trabajemos en colaboración con las educadoras y las investigadoras de la disciplina, a fin de que en conjunto demos solución a las situaciones de cuidado individual o familiar que se presenten.

4. IDENTIFICANDO OBSTÁCULOS EN EL USO DE ESTRATEGIAS

Es conocido que todo trabajo requiere de esfuerzo para alcanzar las metas propuestas y que en el camino también surgen dificultades. Dificultades o barreras que la enfermera trata de vencer en su quehacer diario, no obstante pese a las limitaciones en el tiempo de atención y la exigencia en la productividad laboral, las enfermeras intentan dar lo mejor que puedan; según lo refieren en los discursos. También es cierto que no lo logran al 100% pero el deseo de lograrlo es grande y hacen todo en cuanto a sus posibilidades les alcanza. Empezando por ver a la persona como un ser biopsicosocial que merece respeto. Por otro lado el conocer las barreras que impiden una atención óptima de calidad, permitirá reajustar ciertas políticas que beneficien o contribuyan al mejoramiento de la atención al adulto.

4.1. DÉFICIT DE TIEMPO PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD

Las acciones de enfermería se caracterizan por ser polivalentes, altamente flexibles, con un gran contenido multidisciplinario, pero también lleno de paradojas; se nos pide que desarrollemos el pensamiento crítico, la capacidad de análisis, que consideremos los elementos de la globalización que afectan los sistemas de salud. Se exige

además competencias técnicas de muy alto nivel manteniendo una gran sensibilidad para el trato humano de los individuos que se encuentran en situaciones de salud-enfermedad.

En este escenario las condiciones de la práctica profesional tienden a transformarse diariamente por los efectos del desarrollo tecnológico, de los sistemas de comunicación computarizados, pero también por el impacto que los cambios en el panorama epidemiológico de fenómenos como el envejecimiento de la población, la aparición de nuevas enfermedades como el SIDA y la reaparición de otras como la tuberculosis, así como de las enfermedades relacionadas con la pobreza extrema. Sin embargo y más allá de la diversidad y del cambio que enfrentan las enfermeras en la atención a la salud y en la práctica profesional de la enfermería, los cuidados son la razón de ser de la profesión y constituyen el motor del quehacer y por lo tanto el foco de atención y objeto de estudio de la enfermería como disciplina profesional.

Un gran número de enfermeras están comprometidas con una práctica profesional al lado de personas, familias o comunidades, y son responsables de ofrecer cuidados específicos basados en las necesidades que viven las personas ante diversas experiencias de salud. La práctica de enfermería va más allá del cumplimiento de múltiples tareas rutinarias, requiere de recursos intelectuales, de intuición para tomar decisiones y realizar acciones pensadas y reflexionadas, que respondan a las necesidades particulares de la persona.

Para cuidar en el sentido más amplio, es decir, conocer a la persona, su entorno y apoyarla hacia mejorar su salud, la enfermera necesita algo que es limitado: "tiempo". Un tiempo muy corto significa un cuidado de enfermería incompleto, ya que se cumplirá sólo con las actividades

rutinarias, pero entonces se sacrifica una parte esencial del cuidado, el que exige reflexión, apoyo, confort y educación ³⁷.

“... Los obstáculos a veces es el tiempo, o sea tenemos actividades programadas pero por el tiempo en el que estamos atendiendo en consultorio a veces no podemos cumplir por el tiempo que estamos aquí abocadas a nuestro trabajo a nivel de consejería, damos educación personalizada y aparte las charlas, los talleres... Siempre atendemos más pacientes de los que debemos atender... El trabajo es fuerte y el tiempo que tenemos es mínimo para hacerlo como debe de ser. Generalmente tratamos de dar lo mejor que se puede, lo más sintetizado, lo más resumido y entendible para ellos...”. (Azul)

“... El tiempo, que a veces se puede dar que no es suficiente al dar las charlas educativas porque también hay que atender en consultorio... Por mucho que a veces ajustamos nuestros horarios y nuestras actividades. Tenemos actividades ya programadas que tenemos que hacer pero en lo posible tratamos de controlar nuestro tiempo”. (Oasis)

Como podemos darnos cuenta en los discursos, las enfermeras encuentran su mayor obstáculo en el tiempo que disponen para realizar sus actividades, el cual les resulta limitado debido a factores como el exceso en el número de atenciones por turno, actividades extra murales, administrativas, entre otros que restan tiempo en la atención entre uno y otro paciente, interfiriendo así en una atención de enfermería con calidad o como ellas mismas expresaron; una atención “como debe de ser”.

La definición de la calidad que se adecua más a nuestra realidad sanitaria es; provisión de servicios accesibles y equitativos, desempeñados de manera efectiva, por profesionales de nivel profesional óptimo mediante los recursos apropiados y disponibles que permitan lograr la

adhesión y satisfacción del usuario; es hacer las cosas de la mejor manera posible. En este sentido la atención de enfermería con calidad viene a ser el proceso para el logro del cuidado con un grado de excelencia al proporcionarlo al paciente, e implica el conocimiento tanto de las necesidades de pacientes, planeación del cuidado para satisfacer las mismas, así como la eficiencia, continuidad en su realización, y monitoreo cuyo control y seguimiento continuo registra la eficiencia y eficacia del mismo cuidado de enfermería ³⁸. Debe ser consistente, profesional y productivo, con trato personalizado no interrumpido, efectivo y mejorado continuamente, que impacte en el usuario y en el mercado ³⁹. Para ello es también importante implicar a todo el equipo de salud en este proceso.

Por otro lado el tiempo es un recurso tan importante en el quehacer de la enfermera que frente a un déficit de este el profesional de enfermería se mueve entre desasosiego y frustración, ya que siente muchas veces la manera como aborda el cuidado se centra en la rutina de procedimientos técnicos ⁴⁰. El desempeño eficiente de su labor profesional debe hacerse en un tiempo determinado y este modo de proceder la aleja de lo esencial del cuidado; la persona, al mismo tiempo que va dejando de lado el uso y la planeación de estrategias para la promoción de la salud en la atención integral al adulto.

Nos damos cuenta que es preciso disponer del tiempo adecuado en la atención integral al adulto, para poder brindar una atención de calidad, hacer uso y planear estrategias para promocionar la salud en la atención integral al adulto para obtener mejores resultados y procurar, dentro de lo posible, respetar las actividades establecidas. El tiempo es un recurso significativo en la atención integral al adulto, puesto que las enfermeras necesitan brindar una atención con calidad por lo cual es fundamental la planeación del tiempo y con ello la calidad en la atención se verá reflejada

en la satisfacción de la persona como usuario del servicio de enfermería y de salud, así como a través de la satisfacción del personal de enfermería que presta dicho servicio.

4.2. EXIGENCIA EN LA PRODUCTIVIDAD LABORAL EN ENFERMERÍA

El mundo enfrenta una crisis de recursos humanos en salud, la cual afecta particularmente a países en vía de desarrollo. De acuerdo al informe sobre la salud en el mundo del año 2006, existe un grupo de 57 países, la mayoría de ellos africanos, con deficiencias críticas en la cantidad de personal de salud. El Perú posee el lamentable privilegio de ser el único país sudamericano considerado en este grupo ⁴¹.

La salud, pese a ser un derecho fundamental desde el punto de vista constitucional, es todavía un logro difícil de cristalizar para nuestra población. Y, en contraste con el crecimiento económico evidenciado en nuestro país en las últimas décadas, aun somos testigos de una gran carga de enfermedad ligada con la pobreza y condiciones sanitarias no justificables. Si bien es cierto que la infraestructura, disponibilidad de insumos y accesibilidad a los servicios de salud y fármacos son componentes fundamentales para brindar una atención sanitaria adecuada, el recurso humano en salud sigue siendo un elemento de extraordinaria importancia para garantizar una atención de calidad. Lamentablemente, este ha sido un aspecto generalmente poco considerado. Los salarios insuficientes, las condiciones laborales inapropiadas, la falta de acceso a la información e incentivos, corrupción, la falta de reconocimiento y por supuesto la exigencia en la productividad

laboral, son factores que inciden en la motivación de muchos trabajadores.

Se ha encontrado que los dos grandes conceptos que rigen la política de remuneración y bonificación a nivel nacional, son los cargos y el nivel por tiempo de servicio. En el caso de Essalud los profesionales reciben bono por productividad y estos dependen de ciertos acuerdos gerenciales, cumplimiento de metas y disponibilidad presupuestaria.

“... Llegan documentos de que se tiene que cumplir esto o aquello, se trazan metas, objetivos y a veces no se pueden cumplir pero tratamos de cumplirlas”. (Oasis)

“... En el año por lo menos cumplirlas con una institución de la jurisdicción, si nosotros logramos, como todos lo estamos haciendo hasta ahora ya tenemos cumplida nuestra meta y también hay un beneficio económico... Al año tenemos que tener de cuatro a cinco actividades extramurales. Hay metas que tenemos que cumplir”. (Azul)

Se puede definir la productividad como la forma de utilización de los factores de producción en la generación de bienes y servicios para la sociedad. Para optimizar la productividad, es preciso mejorar la eficiencia y la eficacia con que son utilizados los recursos humanos, materiales, de capital y financieros en el proceso de producción ⁴².

En un sentido intuitivo suele considerarse a la productividad laboral como una medida de la eficiencia con que se aprovechan los recursos humanos de un país. Los recursos humanos son un elemento clave y la principal ventaja competitiva que poseen los servicios de salud. Es por ello que es preciso brindar las condiciones necesarias para lograr un óptimo desenvolvimiento y, por ende, el logro de los objetivos en

materia de salud propuestos a distinto nivel, es allí donde las remuneraciones, los términos contractuales y otros tipos de incentivos cumplen una función importante. En Perú, se reconoce que hay déficit de recursos humanos en salud y que existe una distribución geográfica no acorde a las reales necesidades de la población, condición que contribuye a la inequidad ⁴³.

El personal de enfermería hoy en día se mueve entre un debe ser del cuidado orientado hacia la comprensión del otro como persona, que necesita y solicita comunicación, compañía e idoneidad profesional, y por otro lado un sistema que le pide productividad, eficiencia administrativa y gerencial.

Enfermeras, como el mayor elemento de los recursos humanos de los sistemas de atención de salud, tienen un importante papel en el suministro en curso, una atención de alta calidad a los pacientes. La productividad es un indicador importante del desarrollo profesional dentro de cualquier grupo profesional, con inclusión de las enfermeras. El elemento de los recursos humanos se ha identificado como el factor más importante que afecta a la productividad. Las organizaciones de salud no pueden tener éxito sin el personal de enfermería de producción, pero estudios recientes sugieren que los enfermeros ya no sienten que su trabajo se valora y se preocupan por su productividad.

La productividad de la enfermería es un equilibrio entre la demanda y la oferta de servicios y la gestión de la estructura de costos de un sistema de integración de los procesos financieros y clínicos y proporcionar una buena atención en una manera rentable. Algunos investigadores han definido como la gestión de productividad de la plantilla (según el censo de pacientes y la agudeza) para cumplir las

normas de presupuesto, en el rediseño de estrategias de organización, las medidas de productividad se han establecido mediante la medición del tiempo necesario para realizar cada trabajo, y la incorporación de las normas de la agudeza.

La productividad total se ha visualizado como una razón matemática entre el valor de todos los productos y servicios fabricados o prestados y el valor de todos los recursos utilizados en hacer el producto o prestar el servicio en un intervalo de tiempo dado ⁴⁴.

En el escenario de la investigación, la autora encontró en la atención integral al adulto que la mayoría de las intervenciones se desarrollaron en un tiempo estimado entre dieciséis y treinta minutos, a causa de una alta demanda de pacientes y una carga inadecuada de trabajo, donde el personal de enfermería debía de cumplir con las necesidades del paciente a cualquier costo debido a una exigencia en la productividad y cumplimiento de metas. Entonces nos preguntaríamos si es posible conseguir la efectividad con una baja o alta productividad, o se puede ser altamente productivo sin ser efectivo viéndose afectada la calidad en la atención al adulto.

Por ello la presencia de nuevas autoridades gubernamentales debe traducirse en un impulso para abordar este tema en su real magnitud y lograr establecer medidas efectivas y asignar los recursos necesarios que permitan la mejora en el sistema de salud, asegurando no solo la cobertura, sino la calidad de atención. El contar con recursos humanos con salarios apropiados, adecuadamente capacitados y motivados debe dejar de ser una utopía para empezar a convertirse en un eje central de cualquier programa de gobierno.

CONSIDERACIONES FINALES

Después de haber realizado el análisis y discusión de las estrategias de Promoción de la Salud en la atención integral del adulto, se plantea las siguientes consideraciones finales:

1. La promoción de la salud en la atención integral al adulto constituye una estrategia básica para la adquisición y desarrollo de aptitudes o habilidades personales, orientadas a cambios de comportamiento relacionados con la salud y el fomento de estilos de vida saludables, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de las personas adultas.
2. La educación para la salud es la estrategia de promoción de la salud más importante en la atención integral al adulto, siendo la charla educativa y la consejería las técnicas más usadas y útiles. Sin embargo estos procesos están orientados de manera inadecuada debido a factores que obstaculizan su máxima efectividad.
3. El profesional de enfermería que desarrolla el programa de salud del adulto, encuentran su mayor obstáculo en el tiempo que disponen para el cumplimiento de sus actividades, ya que resulta limitado por factores como el exceso en el número de atenciones por turno, actividades extramurales, actividades administrativas, lo que dificulta brindar un cuidado integral y de calidad al adulto.
4. La productividad es un indicador importante del desarrollo profesional en cualquier grupo ocupacional especialmente en las enfermeras; sin embargo al mismo tiempo constituye un obstáculo importante para ofrecer un cuidado de calidad, ya que la preocupación

es el logro de metas cuantificables descuidando el aspecto cualitativo en el desarrollo del programa de salud integral al adulto.

5. El trabajo en equipo multidisciplinario constituye un elemento facilitador de la estrategia de promoción de la salud y está conformado por un conjunto de profesionales que participan de las actividades del programa de salud integral al adulto, comprometidas con un objetivo común, metas y propuestas por consenso, para la toma de decisiones.

RECOMENDACIONES:

1. Que la institución EsSalud capacite periódicamente a las enfermeras del programa del adulto en temas de promoción de la salud para el fortalecimiento de competencias del recurso humano, para que así puedan articular todas las actividades que realicen, siguiendo la línea de promoción de la salud y no perder de vista los objetivos que ésta tiene dentro de la atención integral al adulto.
2. Que el equipo que labora en el programa de la atención al adulto de EsSalud, identifique las necesidades educativas y de salud del adulto, tomando en cuenta todas las características de esta población, esto permitiría planificar los contenidos a desarrollar como también ir rediseñando estrategias educativas que impacten en la atención del adulto.
3. Las Gerencias Regionales de Salud (GERESA) deben cumplir y hacer cumplir las normas técnico administrativas nacionales establecidas para la Atención de Salud Integral de la población adulta, asimismo identificar y neutralizar los obstáculos al desarrollo de estrategias de promoción de la salud en la atención del adulto.
4. El equipo multidisciplinario que participa en la atención integral al adulto debería organizar reuniones para planificar sus actividades, a través de un cronograma de acciones que les permita lograr objetivos y enfrentar obstáculos en común, así como mantener la buena comunicación para fortalecer las relaciones laborales.
5. Dar a conocer los resultados de esta investigación a las enfermeras responsables del programa de salud integral del adulto que se

desarrolla en los diferentes establecimientos de EsSalud, a fin de obtener la sensibilización y análisis reflexivo de la realidad, en que se viene desarrollando los programas preventivos promocionales.

6. Los resultados de esta investigación serán difundidos en eventos científicos a nivel regional y nacional, constituyendo una motivación para los profesionales de enfermería, a fin de reafirmar la importancia de la promoción de la salud y las estrategias que se aplican, para obtener resultados de cambios de comportamiento en la comunidad, específicamente en los estilos de vida saludables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aliaga Huidobro, E. Políticas de promoción de la salud en el Perú: retos y perspectivas. 2003. Disponible en:
en:<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd41/aliaga.pdf>
2. Groene, O. La implantación de la Promoción de la salud en los Hospitales: manual y formularios de autoevaluación; 2007. Disponible en:
<http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/hospitalesSalud/docs/PromoSaludHospitales.pdf>
3. Ministerio de Salud. Guía Nacional de Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud; 2004. Disponible en:
http://www.cimfweb.org/bn_admin/include/images/pdf/goapsperu.pdf
4. Seguro Social de Salud. Plan de Promoción de la Salud; 2008.
5. Grandes G, Sánchez A, Cortada JM, Calderón C, Balague L. Estrategias útiles para la promoción de estilos de vida saludable en atención primaria de salud. España. Eusko Jaurlaritza; 2008
6. Colomer, Concha; Álvarez, Carlos. Promoción de la Salud y Cambio Social. España: Elsevier; 2000.
7. Baterman, Thomas; Scotta, Snell. Administración una ventaja competitiva. 4^{ta} Edición. México: McGraw Hill; 1999.
8. Certo, Samuel C. Administración moderna. 8va Edición. Colombia: Pearson; 2000.
9. Daf L, Richard; Marcic, Dorothy. Introducción a la administración. 4^{ta} Edición. México: Internacional Thomson; 2006.
10. Burgelman, R.A. Strategy is Destiny: How strategy-making shapes a company's future, New York: The Free Press; 2002.
11. Mintzberg, Henry; BrianQuinn, James. El Proceso Estratégico: conceptos, contexto y casos. Collegia; 1997.
12. Potter, Patricia A; Griffin Perry, Anne. Fundamentos de Enfermería. 5^{ta}ed. España: Océano Grupo Editorial; 2003.
13. Marriner Tomey A. Modelos y Teorías en Enfermería. 4^a ed. Madrid: Harcourt Brace; 1999.

14. Redondo P. Prevención de la Enfermedad. Costa Rica; 2004. Disponible en: www.cendeiss.sa.cr/cursos/cuartapdf
15. Comité Nacional de Promoción de la Salud. Lineamientos de Política de Promoción de la Salud; 2005. Disponible en: <http://www.comunidadsaludable.org/doc/ESTUDIOS/Linea%20polit%20promo%20salud%20oficial%20abril%202005.pdf>
16. Ministerio de Salud. Carta de Ottawa Para La Promoción de la Salud; 1986. Disponible en:

ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/documentos/doc_inter/carta_ottawa_86.pdf
17. E. Hall Joanne, Redding Bárbara. Enfermería en Salud Comunitaria: Un enfoque de sistemas. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud.; 1990.
18. Restrepo H, Málaga H. Promoción de la salud: Como construir vida saludable. Bogotá: Panamericana; 2001.
19. Ministerio de Salud. Norma Técnica para la Atención Integral de Salud en la Etapa de Vida Adulto; 2005. Disponible en: <http://www.speas.biz/downloads/rm6262006minsa.pdf>
20. Medellín Gladys; Tascon Esther. Crecimiento y Desarrollo del Ser Humano. Tomo II. Colombia: Guadalupe; 1995.
21. Gallo Vallejo, F. Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. 2ª ed. Madrid: I.M. &C; 1997.
22. Senlle, Andrés. Calidad y Liderazgo. 1º ed. Barcelona: Ediciones Gestión 2000 S.A.; 1992.
23. Martínez Miguélez, Miguel. Ciencia y arte en la metodología cualitativa. 1º ed. México: Trillas; 2004.
24. Polit, Denise F.; Hungler, Bernadette P. Investigación científica en ciencias de la salud: principios y métodos. 6º edición. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000.

25. Strauss, Anselm; Corbin, Juliet. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. 1º edición. Santa Fe de Bogotá: Editorial de la Universidad de Antioquia; 2002.
26. Burns, Nancy; Grove, Susan K. Investigación en enfermería. 3º edición. Madrid: Elsevier; 2004.
27. Rodríguez Gómez, Gregorio; Gil Flores, Javier; García Jiménez, Eduardo. Metodología de la investigación cualitativa. 1º edición. Granada: Ediciones Aljibe S.L; 1996.
28. SRS. Mons. Sgreccia Elio. Bioética Personalista: Principios y Orientaciones. En I Congreso Internacional de Bioética. Bioética Personalista: Una Bioética para Nuestro Tiempo. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo: s/e; 2008. Pág. 4-10.
29. Castillo, E. Vásquez, M. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Revista Colombia Médica, 2003. Vol. 34, No. 3, pp. 164-167.
30. Sánchez Tovar L, Rafael Gonzáles J. Estilos de Vida y Participación Comunitaria. Venezuela; 2006. Disponible en: www.bvs.org.ve/libros/Estilos_de_vida_y_participacion.pdf.
31. Carrillo R, Hernández A. Estilos de Vida Saludables. Chile; 2009. Disponible en: <http://www.acmor.org.mx/cuam/2009/Humanidades/338-Cog%20Univ%20Marcelino%20Champag-Estilos%20de%20vida%20saludables.pdf>
32. Bruner y Suddarth. Enfermería Médico-Quirúrgica. 9ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000.
33. Ministerio de Salud Perú. Manual de Educación Sanitaria. Homepage. Perú. disponible en: www.minsa.gob.pe/local/MINSA/755_MINSA181.pdf.
34. Castilla M. ATS/DUE Del Servicio Gallego de Salud. España; 2006.
35. Cotoc Ajsac C. Consejería Otorgada por el personal de Enfermería en el Procedimiento de Aspiración Manual Endouterina. Guatemala; 2006.
36. Castro Serralde E, Padilla Zárate P, Solís Flores L. Consejería Personalizada en Enfermería en el Hospital General de México. México; 2009. Disponible en: www.medigraphic.org.mx.

37. Zárata Grajales R. La gestión del Cuidado de Enfermería. México; 2004. Disponible en: www.scielo.isciii.es/
38. Amador Cuca C. La calidad del Cuidado de Enfermería y la Satisfacción del Paciente. España: Universidad Autónoma de Nuevo León; 1998.
39. Álvarez Cano L, Barrera Arcila M, Madrigal Ramírez C. Calidad de la Atención de Enfermería. Medellín: Auditoria en servicios de salud. 2007.
40. Ariza C, Daza R. Calidad y El Cuidado de Enfermería
41. Soto A. Recursos Humanos en Salud. Rev Perú Med Expo salud pública. 2011; 28(2):173-4.
42. Medina Fernández De Soto JE. Modelo Integral de Productividad. Bogotá. Copyright; 2007.
43. Pardo K, Andia M, Rodríguez A, Pérez W, Moscoso B. Remuneraciones, Beneficios e Incentivos Laborales Percibidos Por Trabajadores del sector salud en el Perú: Análisis comparativo entre el ministerio de salud y la seguridad social. Rev Perú Med Expo salud pública. 2011; 28(2):342-51.
44. Abaunza De Gonzáles M, Castellanos Rojas Y, García Casallas L, Gómez Rodríguez J. ¿Cuál Es La Productividad De Enfermería? Bogotá. Av.enferm, XXVI (2): 91-97; 2008.
45. Garzón Montenegro E. Calidad y Atención al Ciudadano. Madrid; 2011.

ANEXOS

Anexo 1:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo..... Identificada con DNI N°..... Declaro haber sido informada de forma clara, precisa y suficiente de los fines y objetivos de la investigación así como en qué consiste mi participación, por lo que acepto participar en la entrevista que serán grabadas por la estudiante. Asumiendo que la información solo será tratada por la investigadora y su asesora, quienes garantizan que mi privacidad será custodiada.

Asumo conscientemente que el informe final será publicado, no siendo mencionados los nombres de las participantes, teniendo libertad de retirar mi consentimiento en cualquier momento y dejar de participar del estudio sin que esto me cueste algún perjuicio.

Tomando en consideración lo descrito anteriormente, OTORGO MI CONSENTIMIENTO a que se me realice la entrevista.

Firma

DNI.....

Chiclayo,.....de.....2011

Anexo 2:**ENTREVISTA**

Instrucciones: La presente entrevista está dirigida a las enfermeras que brindan atención integral al adulto en los policlínicos de Essalud – Chiclayo y tiene por objeto recolectar información con fines de probar el instrumento de investigación titulado “Estrategias de promoción de la salud en la atención integral del adulto- Policlínicos de EsSalud, Chiclayo 2011”. Se agradece su gentil colaboración.

I.- DATOS GENERALES:

Seudónimo: _____

Edad: _____ años

Estado Civil: _____

Servicio: _____

Experiencia laboral en la Institución: _____

Tiempo en el cargo: _____

II.- DATOS ESPECÍFICOS:

1.- ¿Cómo conceptualiza Ud. a la promoción de la salud?

2.- ¿De las estrategias de promoción de la salud que conoce, cuáles usa en el programa de atención integral del adulto?

3.- ¿Que obstáculos a identificado para el uso de estrategias para la promoción de la salud en el programa de atención integral del adulto?

4.- ¿Que elementos facilitadores le permiten a Ud. usar estas estrategias de promoción de la salud en la atención integral del adulto?