



La educación para la salud: “Concepto abstracto, práctica intangible”

Education for health: "Abstract concept, intangible practice"

Diana Carolina Ocampo-Rivera¹, María Eugenia Arango-Rojas²

- 1 Enfermera. Magíster en Salud Colectiva. Docente Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. e-mail: dcarolina.ocampo@udea.edu.co
- 2 Enfermera. Especialista en Educación Sexual. Magíster en Salud Colectiva. Docente Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. e-mail: amacesrodas@gmail.com

Fecha de recepción: Octubre 8 - 2014

Fecha de aceptación: Marzo 18 - 2016

Ocampo-Rivera DC, Arango-Rojas ME. La educación para la salud: "Concepto abstracto, práctica intangible". Rev Univ. salud. 2016;18(1):24-33.

Resumen

Objetivo: Comprender las concepciones y las prácticas que los estudiantes de enfermería tienen sobre educación para la salud, durante su formación de pregrado. **Materiales y métodos:** Estudio cualitativo, de tipo etnográfico, focalizado, realizado con estudiantes de pregrado. **Resultados:** Las prácticas de Educación para la Salud en la formación de enfermería, desde la perspectiva de los estudiantes, se configuran a partir de experiencias de aprendizaje del cuidado, en las que se reproducen concepciones y significados sobre salud y educación que van, desde visiones tradicionales, hasta las alternativas. Esta multiplicidad de visiones genera tensiones y contradicciones entre el discurso y la práctica de educación para la salud, porque no se identifica una postura conceptual y pedagógica clara frente a esta categoría; asunto que se agudiza cuando en los procesos curriculares los estudiantes no encuentran el sustrato que cimente el fortalecimiento del rol educador durante la formación de pregrado. **Conclusiones:** La comprensión de las particularidades del proceso educativo en la formación de profesionales de enfermería y específicamente, de la formación en Educación para la Salud, exige el desarrollo de procesos pedagógicos que permitan trascender la formación técnica, centrada en el contenido y en lo procedimental y repensar la actual enseñanza hacia una enseñanza que promueva procesos reflexivos para formar enfermeros educadores para la salud.

Palabras clave: Estudiantes de enfermería; educación en enfermería; conocimientos, actitudes y prácticas en salud. (Fuente: DeCS, Bireme).

Abstract

Objective: To comprehend the conceptions and practices that nursing students have on health education during their undergraduate career. **Materials and methods:** A qualitative, ethnographic focused study was made on undergraduate students. **Results:** The practices of health education in the training of nurses, from the perspective of students, are configured from the learning experiences of health care where the conceptions and meanings about health and education are reproduced from traditional views until alternative ones. These multiplicity of views generate tensions and contradictions between the discourse and the practice of health education of EPS because it is hard to identify a clear conceptual and pedagogical stance facing this category which sharpens when in the curriculum, students do not find the substratum that cements the fortification of the educator role in the formative process of the career. **Conclusions:** The understanding of the particularities of the education process of nurse training, specifically of the health education training, requires the development of pedagogical processes that transcend technical training

of the nurse, which is centered on the content and procedure, and rethink current teaching toward a teaching that promotes reflective processes to form health educators not just professionals.

Keywords: Students, nursing; education, nursing; health knowledge, attitudes, practice. (Source: DeCS, Bireme).

Introducción

La Educación para la Salud (EpS) es un campo reciente de reflexión en nuestro medio, que se ha constituido en uno de los mayores intereses en los ámbitos de la promoción de la salud y, como consecuencia, en enfermería. A lo largo de la historia, la EpS ha sido referida, y en algunos casos confundida, como Educación Sanitaria o Educación en Salud.^{1,2} Sin embargo, su práctica constituye una realidad en la que subyacen supuestos epistemológicos, teorías, modelos y creencias que influyen no sólo en la conceptualización sino también en la práctica misma y que constituyen elementos esenciales para el quehacer profesional.

La EpS ha sido propuesta como una de las aspiraciones más fuertes para luchar por la equidad y pretender alcanzar una población saludable con autonomía y capacidad de hacer elecciones adecuadas para su propia salud.³ Sin embargo, el desarrollo práctico de este concepto no ha sido consecuente con este ideal.⁴ En algunos casos, tal como lo plantea la OMS/OPS,⁵ la falta de resultados se deben a la preponderancia que ha tenido en el sector salud la orientación biomédica, desde una concepción de salud centrada en la enfermedad. De otra parte, el fracaso de la EpS se le atribuye a que las actividades educativas, no se llevan a cabo por personal idóneo, ni con la formación adecuada.⁶

Con relación a la formación en EpS, se ha encontrado que aunque existen intentos explícitos por trascender los modelos educativos tradicionales, los estudios revelan que ésta se queda en la simple información y en el intento de cambio de conductas.⁷ Sin embargo, cabe resaltar que existen esfuerzos significativos en Brasil en torno a la formación de las profesionales de enfermería, donde la EpS juega un papel preponderante en términos de una formación que

integra los aspectos políticos y éticos en el currículo.⁸

En la formación de profesionales y profesores para llevar a cabo estrategias de EpS en las que se pretende mejorar la calidad de vida y el bienestar de las comunidades, se han observado algunos cambios, desarrollando una educación en valores, tanto individuales como sociales, y promoviendo la adquisición de competencias de cooperación, y aprendizajes en habilidades afectivas.^{9,10} Estos constituyen ejemplos en los que se da cuenta de un desarrollo de acciones de EpS, en los cuales existe una reflexión sobre el cambio de paradigma y de las formas como se llevan a cabo los procesos educativos. También se encontró que la formación en EpS para el profesional de enfermería se presenta como parte de las especializaciones en el área.^{11,12}

Con lo anterior, se demuestra que por un lado, la formación permanente de profesionales se da en el marco de un enfoque preventivo y por otro, que las investigaciones centraron el interés en los profesionales en ejercicio y no en los profesionales en formación. Es decir, aunque los estudios destacan la importancia del papel del profesional de salud en general y el de enfermería en particular en la EpS, existen pocos estudios que demuestren que la formación en EpS debe iniciarse desde el pregrado.^{13,12}

Particularmente, en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, de acuerdo con la revisión de los documentos curriculares, se encontró que no existe una relación visible entre el desarrollo del rol educador, promovido en los lineamientos curriculares y la configuración del discurso y puesta en marcha de la EpS en términos operativos, es decir en el número de horas y cursos, a pesar de que los documentos estudiados denotan una preocupación explícita por la formación del estudiantado en los cuatro

roles de desempeño de la enfermería: cuidador, investigador, gestor y educador.¹⁴

Aunque la EpS es reconocida en esta institución como un eje transversal y se define como “un proceso social dirigido a obtener la amplia y decidida participación de los miembros de la comunidad para actuar en beneficio de su propia salud, la de su familia y la de su colectividad, involucrándose desde la identificación de sus problemas y selección de sus prioridades hasta la ejecución y evaluación de las actividades y programas que mejoren su bienestar”,³ los componentes de EpS, no atraviesan de forma explícita el plan de estudios en el programa de enfermería y sólo cuenta con una dedicación de treinta y dos horas -nueve teóricas y veintitrés prácticas-, presentes sólo en el curso de promoción y prevención en salud, en el tercer semestre.

Este trabajo surge de la preocupación de un grupo de docentes de la Facultad de Enfermería por la inexistencia en esta carrera de un curso de EpS en su plan de estudios, como componente explícito, sistemático y bien fundamentado. Esto cobra mayor importancia si se tiene en cuenta que el perfil de formación de profesionales de enfermería plantea en el currículo un enfoque integral, dentro del cual el futuro profesional debe ser en esencia un educador para la salud.³

Con el fin de aportar al desarrollo del campo de la EpS en lo concerniente a la formación de profesionales de enfermería para el ejercicio del rol de educador, se realizó este estudio que pretendió comprender las concepciones y prácticas de EpS que tienen los estudiantes de enfermería durante su formación de pregrado.

Para este estudio se concibe la EpS como una práctica donde se da una construcción social, inseparable del contexto en el que se produce; es decir, se concibe como una experiencia que implica muchos tipos de acciones e interacciones culturales que participan en su configuración, a partir de las cuales las personas le dan sentido a lo que hacen. No se trata de asumirla como solo un conglomerado de contenidos para prevenir

patologías. La teoría de EpS debe emerger de la misma práctica para poner de manifiesto las realidades que la condicionan.

Materiales y métodos

Se realizó una investigación cualitativa que busca la comprensión profunda de un fenómeno a través de su descripción e interpretación y se interesa por indagar, desde la perspectiva de los actores, los significados y las intenciones de las acciones humanas.¹⁵ La modalidad del estudio fue la etnografía focalizada o particularista, dado que se realizó en el contexto de formación específico de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, con un conjunto de estudiantes que participan en los procesos de enseñanza-aprendizaje de la EpS, en diferentes escenarios formativos.¹⁶ El método de elección de los participantes estuvo apoyado en la selección simple basada en su capacidad de aportar mayor riqueza en la información y se dio cumplimiento a criterios, como: ser estudiante del primer al octavo nivel de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia en el programa regular del pregrado, durante los años 2012 y 2013; además tener disponibilidad para participar voluntariamente en el estudio.¹⁷

Se realizó observación no participante y entrevistas informales y formales a profundidad a los participantes en los escenarios naturales, donde explícitamente se desarrollan procesos de enseñanza-aprendizaje sobre EpS: clases y prácticas académicas, tanto clínicas como comunitarias; simultáneamente se realizaron revisiones documentales. La recolección de la información se realizó hasta la saturación teórica, con un total de 16 observaciones en clases, 15 en los escenarios de las prácticas académicas clínicas y comunitarias, 30 entrevistas informales, 13 entrevistas formales a profundidad, además, se realizó un grupo focal con los participantes, que permitió ampliar, aclarar, validar y refinar las categorías y/o temas emergentes del estudio.¹⁸

Previo a la realización de cada una de estas técnicas de recolección de información, se tomó el consentimiento informado escrito a los

participantes. Durante las observaciones se hicieron registros escritos en diarios de campo y se grabaron en formato de audio todas las entrevistas, tanto informales como formales, para luego ser transcritas y codificadas.

El análisis se realizó bajo la perspectiva del método de las comparaciones constantes, herramienta analítica de la Teoría Fundamentada,¹⁸ mediante el cual se desarrollaron las conceptualizaciones de los datos de manera inductiva, estableciendo vínculos entre los diferentes conceptos y categorías.

Este método recomienda tres momentos: la codificación abierta para identificar las categorías, la codificación axial donde se relacionan las categorías con las sub-categorías; y la codificación selectiva, momento en el que se completan las descripciones, se refinan las categorías, se integran y se identifica la categoría central a través de la codificación selectiva. La interpretación del fenómeno de estudio tuvo como eje de referencia la construcción del significado que dieron los estudiantes a sus concepciones y prácticas de EpS, que se logró a partir de la devolución de los resultados, de la labor interpretativa mediante la lectura crítica entre el punto de vista de los investigadores-*emic*- y el de los participantes-*etic*- y la formulación de nuevas categorías de análisis, proceso que permitió la reformulación de los problemas, preguntas y supuestos.

El estudio, de acuerdo con la Resolución 008430/93,¹⁹ se constituye en una investigación sin riesgo, al no realizarse intervenciones o modificaciones intencionadas sobre la vida o las condiciones emocionales de los participantes. Sin embargo, de acuerdo con las reflexiones de los investigadores, se entendió que las entrevistas cara a cara y las relaciones jerárquicas entre estudiantes y docentes podrían implicar algún tipo de riesgo sobre las condiciones emocionales de los ellos, por tanto, se veló por la confidencialidad y el respeto. Así mismo, se les informó sobre los objetivos e implicaciones del estudio, su participación voluntaria y se hizo énfasis en la libertad que se tenía para terminarla

cuando se deseara sin implicar sanción o discriminación.

Así mismo, por ser una etnografía focalizada, en esta investigación no se considera que sus resultados puedan ser construcciones universales extrapolables a otros escenarios culturales, sino que deben ser entendidos dentro de los límites temporo-espaciales en los que se desarrolló la investigación y que pueden ser generadores de preguntas para otros estudios. El estudio fue aprobado por Comité de Ética Institucional

Resultados

Las prácticas de EpS desde la perspectiva de los estudiantes, se configuran en el marco de unas concepciones que se construyen a partir de las experiencias de aprendizaje del cuidado que los participantes tienen durante su proceso de formación y que reproducen los significados que sobre salud y educación han construido estos sujetos. En este sentido, se identifican en el estudio y teniendo en cuenta el método de las comparaciones constantes, las categorías de concepciones y prácticas de los estudiantes con respecto a la EpS, las cuales están descritas a partir de cuatro subcategorías, dos para la primera categoría: *“lo que es la EpS”* y lo que *“debería ser la EpS”* y dos para la segunda: *prácticas de EpS comunitarias* y *prácticas educativas clínicas*, que se describen a continuación:

Concepciones sobre EpS: Entre el ser y el deber ser de la EpS

La EpS es concebida inicialmente por los participantes como Promoción de la Salud (PS), Prevención de la Enfermedad (PE) o Atención Primaria en Salud (APS). Desde esta mirada, existe una confusión conceptual que se trasmite durante los encuentros teóricos y prácticos con los docentes, que no permite a los estudiantes vislumbrar claramente las relaciones, límites y posibilidades de la EpS con categorías como la PS, la PE y la APS. Lo anterior, repercute en el desarrollo de las prácticas educativas que se generan durante el proceso de formación de profesionales de enfermería, como se verá más

adelante. En este sentido se expresa: *“Promoción de la salud, educación para la salud y prevención de la enfermedad. Me parece que hay una confusión muy grande porque los profes los manejan indistintamente y eso lo lleva a uno pues también a manejarlos indistintamente”*.

También, la EpS es para los estudiantes, el trabajo que se realiza con las comunidades, trabajo enfocado al logro, fomento y transformación de estilos de vida saludables y al cambio de comportamientos. Los participantes parten del supuesto de que la comunidad ya tiene unos estilos de vida que requieren ser modificados, por no contribuir al bienestar y la salud de las personas y ello se logra a partir de las acciones educativas para la salud, tal como se afirma en este testimonio: *“Educación para la salud es trabajar sobre algo que ya estaba, o sea sobre como un comportamiento, un modo, un estilo que ya tiene la persona... sería fomentar estilos de vida saludables”*.

En articulación con las dos perspectivas anteriores, la EpS se concibe por los estudiantes, como una estrategia enfocada a la salud y al mejoramiento del bienestar de las personas: *“Buena educación para la salud la entiendo como toda esa serie de estrategias, que van enfocadas hacia la salud, hacia el mejorar del bienestar, hacia el mejorar esos patrones de salud, a evitar problemas de salud, ¿cierto? entonces son como todo ese conjunto de acciones que se realizan que van encaminadas hacia todo lo que es relación con la salud”*. Desde este punto de vista, la salud constituye el centro de interés, siendo poca la reflexión que algunos participantes expresan en torno al concepto de educación.

Al interpretar las ideas de educación que subyacen en las concepciones de EpS que presentan los participantes, se encuentran planteamientos que pueden ubicarse en dos perspectivas: Por un lado, la EpS se concibe como una estrategia, que utiliza metodologías innovadoras para transmitir conocimientos, aclarar lo que está mal o informar sobre asuntos puntuales a las personas o comunidades: *“La educación para la salud para mí es una estrategia que nosotras utilizamos con el fin de llevar pues a*

las comunidades, todo nuestro conocimiento pero de una manera didáctica”. Por otro lado, hay estudiantes que conciben la EpS desde una óptica más amplia y la plantean como la manera de transformar ideas y empoderar a las personas, entre otras cosas, para potenciar sus habilidades: *“Educación para la salud es empoderarlos de temas que a ellos les interesen y que van a servirle en su salud, en su vida... y hacer que las personas potencien las habilidades que ya tienen”*.

Si bien desde la concepción de EpS como *“lo que es”*, no se expresa explícitamente aspectos relacionados con la dimensión educativa, no sucede lo mismo cuando los estudiantes manifiestan su concepción de EpS como *“lo que debería ser”*, en donde el foco ya no está centrado en la categoría de salud, sino que está puesto explícitamente en aquellos aspectos educativos que a su modo de ver, deben ser esenciales para la práctica educativa en el contexto de la formación de profesionales de enfermería. Es así, como se concibe una EpS que debe tener en cuenta aspectos del proceso educativo y del ser educador, para el desarrollo de acciones educativas.

En cuanto al proceso educativo, los participantes consideran que se requiere primero, partir del saber, del sentir y de las necesidades de los otros: *“es muy importante tener en cuenta el colectivo como para poder indicar ellos qué saben, qué necesitan saber, qué les interesa saber y nosotros poder intervenir de una buena manera”*.

Así mismo, la EpS *“debe ser dinámica”*, en el sentido que las acciones desarrolladas por el educador estén encaminadas a lograr que los educandos entiendan el sentido de las expresiones expuestas. Desde este enfoque, las acciones educativas para la salud se configuran en términos del contenido y del sujeto que lo recibe, más allá de lo que este sujeto reflexione y comprenda respecto a dicha información, puesto que la importancia está centrada en la forma de transmitir el mensaje, de tal manera que el educando pueda decodificarlo, sin distorsiones.

Sumado al dinamismo, la EpS *“debe ser constante”*, teniendo como premisa el contacto permanente

con las personas o comunidades y el aprovechamiento de las oportunidades o los momentos que ese contacto genere para promover interacciones de tipo educativo: *“debe ser constante [la educación]... Que siempre haya como el contacto, o sea no perder la oportunidad de que estamos ahí, que puede pasar un momento valioso”*. También, la EpS *“debe ser contextualizada”*, lo que en palabras de los participantes significa que la teoría sobre EpS vista en el aula de clase, debe servir para ser aplicada en el contexto de la práctica: *“sería muy interesante tener también como las cosas teóricas realmente llevadas al contexto”*.

Se requiere además, según los participantes, unos elementos teóricos que tienen relación con los contenidos que el educador desarrolla durante los encuentros y que constituyen la base para orientar las personas con sustento científico. Sin embargo, además del conocimiento, los participantes identifican que también se requiere *“tener pedagogía”*, lo que equivale al desarrollo de estrategias didácticas con la intención explícita de que al educador le entiendan lo que está transmitiendo: *“Cuando yo sé y tengo pedagogía puede ser más fácil que me lo entiendan, pero si yo tengo pedagogía, pero si no sé, o sea, no puede dejar de faltar uno de los componentes”*.

Con relación al ser educador, los estudiantes identifican seis premisas a partir de las cuales se configura su idea de proceso educativo partiendo del sujeto que educa. 1) Lo que no se sabe no se puede enseñar: *“si yo no sé, pues yo no voy a dar educación”*. 2) Hay que creerse lo que se le dice a otros: *“yo cómo le voy a decir por ejemplo a un hipertenso que tiene que bajar la ingesta de sodio, si primero no me lo creo yo”*. 3) Es preciso vivir la experiencia para hablar desde ella: *“Yo puedo dar educación a partir de lo que yo vivo, de mis experiencias...Yo le hablé a la paciente como un joven y le di consejos como joven y ella me los aceptó”*. 4) Hay que hacer las cosas por uno y por la familia *“como mi abuela por ejemplo: yo ir y pararme delante de 50 adultos mayores a decirles cómo se toman un medicamento y hacérselo tomar a mi abuelita de la manera que es, es un dilema, entonces lo confronta a uno... y lo sitúa también como en espacios futuros de la vida laboral, porque*

lo que uno no hace por uno, por su familia, yo creo que no lo va a hacer por nadie”. 5) Se debe partir de las capacidades propias: *“Entonces uno ya en la medida de las capacidades de uno, va y dice, a bueno lo que pasa es esto, esto y esto,... ¿tiene alguna pregunta?”*. 6) Hay que hacer con el otro/los otros: *“no sólo decirle al paciente: vea es que tiene que comer con menos sal, es que haga ejercicio, no... es ponerse uno a hacer los ejercicios con el paciente un ratito, pararse, mostrarle más o menos ejercicios de estiramiento, eso pues para mí sería como una buena educación para la salud”*.

Esta mirada de la educación como experiencia vivida en donde el educador como sujeto transforma su propia realidad para promover la transformación de los otros, podría posibilitar según los estudiantes, la construcción de identidad en el proceso formativo, a partir de la realización de acciones que les permitan definirse a sí mismos en su rol de enfermeros y educadores: *“las metodologías educativas tienen que ser flexibles para que los estudiantes también puedan como construir una identidad a partir de esa experiencia que viven”*.

Las prácticas de EpS en la formación de profesionales de enfermería

Las prácticas de EpS en el marco de la formación del pregrado de enfermería, se caracterizan por desarrollarse según los participantes, básicamente en el escenario comunitario, que constituye según el currículo de la facultad, un espacio de cuidado a colectivos por fuera del ámbito hospitalario.³ En el ámbito clínico, se identifica el desarrollo de acciones educativas que, aunque no son reconocidas específicamente como EpS, tienen en su esencia, una intencionalidad y un ejercicio pedagógico.

En el escenario comunitario, las prácticas de EpS se conciben por los estudiantes como acciones realizadas con comunidades y colectivos humanos en condiciones de precariedad económica, afectiva y cultural; condiciones que se reconocen como poco favorables para la salud de las personas. Así, la educación se percibe como una práctica compleja que, en ocasiones, no logra impactar tales condiciones, puesto que durante las prácticas académicas se desarrolla por medio

de acciones de corta duración y corresponde a intervenciones puntuales e inmediatistas, según los participantes: *“La educación para la salud es mucho más difícil. Me parece que es muy compleja por el hecho de que son personas que no tienen lo básico. Que uno sabe muchas veces que necesitan el agua y la necesitan potable, entonces a uno se le ocurren millones de ideas, pero entonces el tiempo es corto y la educación para la salud debe ser muy inmediata”*.

El proceso educativo inicia con el análisis del contexto social del individuo o del colectivo participante, continúa con el diagnóstico de la situación de salud y/o de las necesidades acerca del saber o el desconocimiento sobre un aspecto determinado relacionado con la salud, la enfermedad o el cuidado. Viene luego la planeación y ejecución de intervenciones educativas dirigidas a la superación de los problemas identificados. La planeación de los encuentros educativos con las comunidades se realizan teniendo en cuenta cuatro fases: exploración del saber del grupo sobre el tema, desarrollo teórico del mismo, informando lo máximo eficientemente, su culminación sacando conclusiones y evaluación del aprendizaje. Este proceso tiene en cuenta, según los participantes, las expectativas, deseos y características del colectivo, así como las del educador-estudiante/docente- que permite llegar a las personas, sus valores, cualidades y capacidades para estimular la atención del otro, mostrándole *“el poder que tiene sobre su futuro”*, al prevenir la enfermedad.

En estas prácticas educativas, los participantes expresan que el lugar del otro –la comunidad- es el de protagonista, el *“objetivo y centro”* de la planeación educativa en el sentido que es quien *“da la pauta de lo que desea saber”*. Sin embargo, como aspecto que contradice la acción discursiva, en el desarrollo de las acciones educativas, se observa que el otro cumple el papel de receptor pasivo de la información, pues el educador -el estudiante/docente- es el único que la provee, aunque tenga la intención de una relación horizontal y se hagan algunos consensos para lograr un aprendizaje que se espera, sea de doble vía: *“el uno va a aprender del otro y el otro del uno”*.

Por otro lado, la educación en el ámbito clínico tiene una connotación diferente para los participantes del estudio, pues en sus términos, la educación que allí se realiza no corresponde a un proceso relacionado con EpS: *“O sea, nos enfocamos mucho en clínica, ¿si me entiende? Es como ah, brindá educación y ya, no es tanto educación para la salud...”*. Ello se explica según los participantes porque, en primer lugar, las acciones educativas que se llevan a cabo en el escenario clínico, son principalmente: dar información puntual, *“para el momento”*, tipo tips o instrucciones: *“uno sí intenta educar al paciente, estar con él ahí y darle pues como los tips que uno cree que necesita en el momento de acuerdo a sus necesidades, pero educación para la salud como tal, no se ve”*.

En segundo lugar, las acciones educativas están centradas en un enfoque preventivo o morbicéntrico, en palabras de los estudiantes, están *“enfocadas en la enfermedad”* tal como lo expresa uno de los participantes: *“en esta educación voy a decirle a un paciente... cómo se cuida pero con respecto a una patología. Voy a hacer es una educación como más preventiva”*. En este sentido, los estudiantes reconocen que *“no se trata al otro como una persona, sino como una enfermedad”*.

Al ser puntual y principalmente centrada en la enfermedad, la educación en la clínica por lo general, se describe como una acción individual, dirigida al paciente; acción que se realiza durante la exploración física o al final, en el momento del alta hospitalaria: *“los pacientes viven muy agradecidos porque nosotros vamos, les damos educación si algo está fallando, algo pues como puntual...Hay pacientes que tienen múltiples patologías, entonces el error que uno ve muchas veces en los servicios es que toda la educación y todas las recomendaciones, todo eso se lo dicen o se lo vomitan, como una vez me dijo un paciente, a lo último, ya cuando él se va a ir, ya cuando él está cansado de una hospitalización”*.

Finalmente, los participantes identifican una contradicción entre lo expresado por los docentes en las clases sobre la EpS y lo que ellos evidencian en las prácticas, especialmente en el escenario

clínico, pues no encuentran relación entre el discurso teórico, el hacer y la evaluación realizada posteriormente, lo cual tiene que ver básicamente con los procedimientos que se realizan, por ello, los estudiantes concluyen que es necesario que aquello que nombramos en el proceso formativo como EpS, se materialice en asuntos más tangibles que permitan concretar en la práctica, el discurso que se teje en la teoría: *“...a uno le hablan mucho en las clases de que uno tiene un rol educador, que no sé qué, que no sé cuántas, pero cuando usted está en la clínica a usted le están evaluando es cada procedimiento que hace...entonces es necesario conceptualizar eso [la EpS], en cosas más tangibles, que uno diga, ah bueno, podemos hacer esto...”*.

Discusión

El marco conceptual que define las prácticas de EpS de los estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, se caracteriza por ser un marco diverso y heterogéneo, en el cual se presenta una mixtura que no permite ubicar un único concepto de EpS, de ahí que como lo plantea García,²⁰ de su “carácter amplio y diverso emanan las dificultades para establecer una definición precisa que sea capaz de abarcar la totalidad de sus componentes”. En este sentido, siguiendo a Díaz et al.,²¹ se encuentra una *“identidad traslapada”* de la EpS, en donde se le confunde con otros campos de acción, disciplinas y actividades, por que los soportes teóricos y prácticos de esta categoría no quedan claramente determinados. Es así, como las concepciones de EpS en este grupo de participantes, transitan entre posturas que van desde las ideas más tradicionales de salud y educación, hasta concepciones más amplias y alternativas que constituyen un avance importante para promover transformaciones positivas en esta materia.

Desde la perspectiva tradicional, la EpS es considerada como el medio para lograr el cambio de comportamientos en los individuos y comunidades, por ello el proceso educativo se orienta a la obtención de objetivos preestablecidos por el educador y el aprendizaje

se equipara al logro de comportamientos predefinidos por este.²¹⁻²³ En este sentido, la idea educación que allí se presenta, da cuenta de una concepción instrumental de la EpS, en la que esta se visualiza como una estrategia que vehiculiza la acción, en este caso, la transmisión de conocimientos y contenidos, sin ser concebida como la acción o el fin por sí misma, es decir, la formación. Desde esta perspectiva, autores como Porto y Schubert plantean la idea de la EpS como una obligación de los profesionales de informar y explicar cuáles son las actitudes correctas con relación a la salud, para evitar así la “ignorancia” de las personas.²²

Esta concepción instrumental de la EpS está sustentada en discursos y modelos tradicionales de educación y salud que dominan las concepciones y prácticas y orientan el desarrollo de las acciones educativas en enfermería, hacia el cambio de conductas o la “rectificación de errores”, haciendo un mayor énfasis en los contenidos y la pedagogía tradicional, los cuales están principalmente centrados en la enfermedad y las necesidades físicas de los enfermos.^{7,23,24}

Este modelo tradicional-biomédico, informativo y preventivo de las enfermedades- en el que se ha circunscrito la educación en enfermería, ha orientado las prácticas de los profesionales, incidiendo directamente sobre las acciones educativas que estos profesionales realizan con los sujetos de cuidado.^{8,10,22}

En contraposición a una concepción de EpS relacionada con una educación depositaria y vertical, hay estudiantes que conciben la EpS desde una óptica más amplia.²² Desde esta mirada, podría pensarse que la EpS constituye un proceso por el cual las personas son más conscientes de su realidad, que les permite, siguiendo a Riquelme,²⁵ desarrollar a partir de sus experiencias, vivencias y conocimientos, capacidades para adecuar sus comportamientos a la realidad y contexto en el que se desarrollan. Así, el proceso educativo se convierte en potenciador de una consciencia crítica de las personas para que tengan una participación activa en la comprensión y abordaje de sus circunstancias de vida.²²

Esta mirada de la EpS como experiencia vivida presentada por los participantes, presupone la construcción del conocimiento teniendo en cuenta la diversidad de saberes y vivencias, en donde el educador como sujeto transforma su propia realidad para promover la transformación de los otros y construye su propia identidad enfermera y educadora en el proceso formativo, lo que constituye una perspectiva de educación emancipatoria y libertaria, que media en la construcción social de los sujetos y en la legitimación de sus derechos como ciudadanos.²²

A partir de estas concepciones, se configuran unas prácticas de EpS en las que existen diferencias entre los procesos educativos que se realizan, tanto en el ámbito comunitario, como en el clínico. Dichas diferencias subyacen a la concepción abstracta y confusa que se tiene sobre la EpS y permiten advertir la dicotomía que desde los procesos formativos se ha generado entre la atención/curación y la promoción de la salud/prevenición de la enfermedad y el cuidado de la vida, que podría explicar el por qué los estudiantes no identifican la educación brindada en la clínica, como una educación para la salud, como lo plantean Díaz et al.,²¹ la educación que se trabaja en clínica es para la enfermedad y su curación, por ende, el imaginario del profesional de la salud está centrado en la atención de la enfermedad. Es así como, un “educador para la salud” parece no corresponder a lo que socialmente se espera de profesionales de esta área, quienes son situados casi exclusivamente en la clínica. Mientras que la educación que se trabaja con las comunidades, está dirigida al mantenimiento y preservación de la salud, mediante la modificación de los estilos de vida.

De esta manera, las prácticas de EpS en los diferentes escenarios, están permeadas por tensiones y contradicciones producto de la confusión que experimentan los estudiantes al no encontrar ni en el discurso ni en la práctica docente, una postura conceptual y pedagógica clara frente a esta categoría; dificultades que se agudizan cuando en los procesos curriculares los estudiantes no encuentran el sustrato que cimiente el fortalecimiento del rol educador en los procesos formativos de la carrera.

La EpS se convierte entonces desde el punto de vista de los estudiantes, en un concepto abstracto que no se logra aterrizar en la práctica, por que las acciones que de ella se derivan, se califican como poco tangibles, puntuales, centradas en la salud desde una mirada tradicional y que no desarrollan en esencia, una reflexión pedagógica profunda que oriente el quehacer educativo en la práctica profesional, hallazgo que coincide con lo planteado por De Almeida y Baldini,⁸ quienes evidencian en su estudio, que en la formación profesional y específicamente, en la formación de profesionales de enfermería, los estudiantes tienen poco o ningún contacto con la reflexión teórica y discusión sobre los modelos de educación en salud; el énfasis formativo sigue estando entonces en los aspectos científico-técnicos de los procesos de salud-enfermedad y las teorías del cuidado.

Valdría la pena preguntarse entonces, si el panorama presentado con respecto a las concepciones y prácticas de EpS desde la perspectiva de los estudiantes de enfermería podría ser el reflejo de unas prácticas formativas en las cuales, aunque puede haber una intención por trascender modelos hegemónicos, aún prevalecen estructuras, casi imperceptibles propias de ellos y sobre las cuales docentes, profesionales de la salud y estudiantes deberíamos reflexionar para desarrollar verdaderas prácticas educativas en donde las relaciones teoría - práctica fuesen dialógicas y en las que ambos sujetos, educador y educando, sean protagonistas de sus procesos aprendizaje y enseñanza.

La comprensión de las particularidades del proceso educativo en la formación de profesionales de enfermería y específicamente, de la formación en EpS, exige el desarrollo de procesos pedagógicos, que permitan ir más allá de la formación técnica de la/el enfermera/o, enfatizando en la necesidad de repensar la enseñanza de la enfermería y de la EpS centrada en el contenido y en lo procedimental, para pasar a una enseñanza que promueva en los docentes y estudiantes procesos reflexivos, que permitan formar, además de profesionales, educadores para la salud, sujetos políticos y éticos que

comprendan la complejidad de las realidades sociales y en sentido amplio promuevan procesos de construcción de consciencia crítica para que las personas puedan leer y transformar los contextos en los que se desarrollan sus experiencias de vida, salud y enfermedad y resignifiquen las formas como actúan, sienten y participan como sujetos sociales de estos procesos.

Financiación: Comité para el Desarrollo de la Investigación -CODI- de la Universidad de Antioquia.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado por los autores.

Referencias

1. Trilla-Soler MC, Espluga-Capdevila A, Plana-Fernández M. Educación sanitaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención primaria en salud: Conceptos, organización y práctica clínica. 6 a ed. España: Elsevier; 2008: 642-658.
2. Canessa P, Nykiel C. Manual para la educación en salud integral del adolescente. OPS: Oficina Sanitaria para América; 1992.
3. Castañeda M. Proceso de transformación curricular: La experiencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. Medellín: Universidad de Antioquia; 2009.
4. Schaalma H, Kok G. Decoding health education interventions: The times are a-changin. *Psychol Health*. 2009;24(1):5-9.
5. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud: Logros y enseñanzas extraídas entre la Carta de Ottawa y la Carta de Bangkok y perspectivas para el futuro. Washington D.C.: Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud; 2006.
6. Escobar Potes MP, Aguirre Molina LM, Díaz Grajales VM, León Tabares LF, Moreno Echeverry PA, Soto Hinestroza SY. Educación para la salud en una empresa social del estado de primer nivel de atención. *Manizales*, 2008. *Rev. Hacia la Promoción de la Salud*. 2009;14(1):54-67.
7. Banas J. Tailored approach to identifying and addressing college students' online health information literacy. *Am J Health Education*. 2008;39(4):228-236.
8. De Almeida A, Baldini C. Ensino de educação nos cursos de graduação em enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(1):111-16.
9. Comisión Interinstitucional de Educación y Promoción de la Salud del Principado de Asturias. Educación para la salud, educación para la vida: Guía para el profesorado y profesionales del ámbito comunitario. Asturias: Espacio Educativo; 2006.
10. Arliss R. A Comparison of the sexual risk behaviors of Asian American and Pacific Islander college students and their peers. *Am J Health Education*. 2008;39(4):221-227.
11. Glover ED. A new health education paradigm: Uncommon thoughts about common matters. *Am J Health Education*. 2004;35(5):260-271.
12. Galvin K, Webb C, Hillier V. Assessing the impact of a nurse-led health education intervention for people with peripheral vascular disease who smoke: the use of physiological markers, nicotine dependence and withdrawal. *Int J Nurs Stud*. 2001;38:91-105.
13. García-Ospina C. Algunas reflexiones sobre la educación para la salud. *Caldas: Biblioteca Virtual en Salud*; 2010.
14. Facultad de Enfermería. Proyecto educativo institucional. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003:24.
15. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados. Barcelona: Paidós; 1992: 20
16. Boyle JS. Estilos de etnografía. En: Morse JM (Editora). *Asuntos críticos de los métodos de estigación cualitativa*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2003:199-201.
17. Goetz JP, LeCompte MD. *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid: Ediciones Morata; 1988.
18. Strauss A, Corbin J. *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2002:110.
19. Colombia. Resolución N° 008430 de octubre 4 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Santa Fé de Bogotá: Ministerio de Salud; 1993.
20. García A, Sáez J, Escarbajal A. Educación para la salud: La apuesta por la calidad de vida. Madrid: Ed. Arán; 2000: 36.
21. Díaz PA, Peñaranda F, Cristancho S, Caicedo N, Garcés M, Alzate T, et al. Educación para la salud: perspectivas y experiencias de educación superior en ciencias de la salud, Medellín, Colombia. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2010;28(3):221-230.
22. Porto-Fernandes MC, Schubert-Backes VM. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da estratégia saúde da família sob a óptica de Paulo Freire. *Rev. bras. enferm*. 2010; 63(4):567-573.
23. Peñaranda F, Bastidas M, Escobar G, Torres N, Arango A. Educación para la salud: una mirada alternativa al modelo biomédico. Experiencia basada en la evaluación del programa de crecimiento y desarrollo. La Carreta Editores. Universidad de Antioquia. 2010.
24. Morais-Rosado FR, Deyse-Leite ID, Lopes-de L, Verás RM. A reorientação do ensino e da prática em enfermagem: implantação do pró-saúde em Mossoró, Brasil. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010;31(3):442-449.
25. Riquelme-Pérez M. Metodología de educación para la salud. *Rev Pediatr Aten Primaria. Supl*. 2012;(21):77-82.