



EE
Escuela de
Enfermería | **FCM**



FCM
Facultad de
Ciencias Médicas



UNC

Universidad
Nacional
de Córdoba

2021 - Año de homenaje al Premio Nobel de Medicina Dr. César Milstein

Revista de la Escuela de Enfermería FCM UNC | Año 2021 | N° 16 | Diciembre | ISSN N° 1852-7930 e-ISSN N° 2718-8027

CREAR
en Salud

CREAR en Salud

Órgano de Difusión Científica de la Escuela de Enfermería
Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional de Córdoba

Año 2021 | N° 16 | Diciembre

Es una publicación con Referato. Los artículos publicados no reflejan necesariamente la opinión del Comité Editor, son responsabilidad exclusiva de los autores. Esta publicación se realizó con fondos de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba.

Sede de la Revista:

Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas,
Universidad Nacional de Córdoba.
Av. Haya de la Torre s/n - Ciudad Universitaria
Córdoba, Argentina.

Correo Electrónico:

revistacrear@enfermeria.fcm.unc.edu.ar

ISSN N° 1852-7930 e-ISSN N° 2718-8027

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño de tapa, puede ser reproducida sin previa autorización de los autores.

La Revista Crear en Salud utiliza la siguiente licencia de Acceso Abierto para todos sus trabajos:



Licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional.

Staff

Prof. Dr. Rogelio Daniel Pizzi, Universidad Nacional de Córdoba.
Facultad de Ciencias Médicas. Decano. Córdoba, Argentina.

Prof. Dra. Patricia Paglini, Universidad Nacional de Córdoba.
Facultad de Ciencias Médicas. Vice-Decana. Córdoba, Argentina.

Prof. Mgter. Juana B. Sigampa, Universidad Nacional de Córdoba.
Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Enfermería. Directora. Córdoba, Argentina.

Prof. Dra. Patricia Gómez, Universidad Nacional de Córdoba.
Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Enfermería. Córdoba, Argentina.

Comité Editor

Prof. Esp. Estela del Valle Díaz, Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Enfermería. Córdoba, Argentina.

Prof. Esp. Carlos Daniel Ojeda, Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Enfermería. Córdoba, Argentina.

Prof. Esp. María del Carmen Borgatta, Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Enfermería. Córdoba, Argentina.

Prof. Dra. Graciela Simonetti, Universidad Nacional de Rosario. Rosario, Argentina.

Prof. Dra. Perusset Macarena, Doctora Universidad de Buenos Aires. Área Antropología. Filiación Institucional. Docente Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas. Córdoba, Argentina.

Prof. Dra. Lopresti Silvina, Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Kinesiología. Córdoba, Argentina.

Comité de Redacción

Prof. Lic. Marcela Coronado, Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Enfermería. Córdoba, Argentina.

Prof. Esp. Rita Raquel Espeche, Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Enfermería. Córdoba, Argentina.

Prof. Lic. Gisela Fernanda Villegas, Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Enfermería. Córdoba, Argentina.

Prof. Dra. Ángela Aimar, Universidad Nacional de Villa María. Córdoba, Argentina.

Prof. Esp. María Inés, Bianco, Universidad Nacional de Río IV. Córdoba, Argentina.

Prof. Lic. Marta Beatriz, Pereyra, Facultad de Ciencias de la Comunicación. Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, Argentina.

Lic. Elba María Gazal - Revisión Lingüística y de Estilo.

Lic. Maximiliano Almirón - Diseño editorial y maquetación

Consejo Científico Internacional

Prof. Luz Angélica Muñoz González, Doctor en Enfermería de Universidad de São Paulo. Directorio de la Universidad Viña Del Mar. Chile.

Prof. Dr. Augusto Ferreira, Decano Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica del Uruguay. R de Uruguay.

Prof. Dr. Hernán Pereira U, Docencia Universitaria por la Universidad Católica del Uruguay (UCU). R de Uruguay.

Prof. Dra., Marta Lenise do Prado, Professora Universida de Federal de Santa Catarina. Santa Catarina. Brasil.

Dr. Francisco Félix Lana, Coordenação da Biblioteca Virtual em Saúde Enfermagem Brasil (BVS Enfermagem). Universidade Federal de Minas Gerais. Brasil.

Prof. Dra. Diana Achury Saldaña, Profesora asociada, Pontificia Universidad Javeriana. Colombia.

Prof. Esp. María Navarro de Sáez, Magister en Ciencias de la Enfermería. Enfermería Perinatal. Universidad de Carabobo. Venezuela.

Prof. Dra. Venus Elizabeth Medina Maldonado, Profesora Universitaria / Investigadora. Universidad de Carabobo (UC). Venezuela.

Prof. Dr. Ariel Abeldaño, Universidad de Sierra Sur. Departamento de postgrado. Oxaca, México.

Consejo Científico Nacional

Prof. Dra. Silvina María Malvárez, Ex Consultora de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Washington, EEUU.

Prof. Dra. Ana María Heredia, Profesor Consulto de la Universidad Nacional de Quilmes. Departamento de Ciencias Sociales. Buenos Aires, Argentina.

Prof. Mg. Karina Espíndola, Directora de la Licenciatura en Enfermería. Departamento de Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Quilmes. Presidenta Asociación de Escuelas Universitarias de Enfermería de la República Argentina (AEUERA).

SUMARIO

Página 5 **EDITORIAL**

INVESTIGACIONES

Página 7 CONDICIONES LABORALES Y SUS EFECTOS SOBRE LA SALUD. APRECIACIONES SOBRE EL “SÍNDROME DE BURNOUT” EN POLICÍAS DE LA PROVINCIA DE SANTIAGO DEL ESTERO.

Página 23 EXPECTATIVAS DE LOS USUARIOS SOBRE EL ACCIONAR DE ENFERMERÍA.

Página 34 ACCIONES DE CUIDADO A MADRES SIN PAREJA CON HIJOS CRÍTICAMENTE ENFERMOS O QUE MUEREN.

Página 52 ASPECTOS DE LA MOTIVACIÓN QUE INFLUYEN EN LA ELECCIÓN DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA EN HOMBRES Y MUJERES INGRESANTES A LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA- AGOSTO-OCTUBRE de 2019.

Página 72 PERCEPCION DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA EN ACTIVIDADES DE EXTENSIÓN UNIVERSITARIA EN ESCUELAS ESPECIALES.

RELATO DE EXPERIENCIA

Página 92 CARTOGRAFIÁNDONOS. EXPERIENCIA DE TRABAJO VIVO EN ACTO TRANSDISCIPLINAR EN ÁMBITO ACADÉMICO.

MODELO DE INTERVENCIÓN

Página 105 DISEÑO DE UN PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO PREJUBILATORIO PARA ENFERMERÍA.

ESTUDIO TEÓRICO

Página 116 LA REFLEXIÓN SOBRE EL CUIDADO Y EL CUIDADO DE LA REFLEXIÓN. EN TORNO A LA RELACIÓN ENTRE ENFERMERÍA Y FILOSOFÍA.

Página 128 **NORMAS DE PUBLICACIÓN**

EDITORIAL

Nos encontramos cerrando un nuevo año convencidos que el trabajo y esfuerzo de la disciplina sigue avanzando al posicionamiento de un liderazgo fuerte en el cuidado de la salud humana.

La/os enfermera/os aceptamos el desafío de continuar trabajando derrotando la pandemia y que su aporte mostrará al mundo la importancia de la profesión para el bienestar físico, mental, social y económico de todos.

Es un orgullo para el colectivo disciplinar que la/os enfermera/os del mundo continúen trabajando cada día cuidando a los demás, en muchas oportunidades en detrimentos de ella/os mismos.

En el último Congreso virtual del CIE celebrado en alianza con la Asociación de Enfermería de Emiratos, del 2 al 4 de noviembre, con la participación de más de 5000 delegados de todo el mundo, su nueva Presidenta la doctora Pamela Cipriano ha elegido como lema para su gestión la “influencia”, lo eligió porque es tanto una acción como un resultado, expresa: “Influimos en el cuidado de los pacientes y sus familias demostrando compasión, educándolos y ganándonos su confianza y cooperación. Influimos en nuestros colegas enfermeros, médicos y otros médicos al compartir el conocimiento experto y el compromiso de satisfacer las necesidades únicas de los demás. Influimos en nuestros legisladores abogando por acciones que protejan a las enfermeras. Influimos en nuestras comunidades enseñando prácticas para promover la salud y prevenir enfermedades. “Influimos en los cambios en la atención médica al alzar la voz y convencer a los demás de que hagan lo correcto. Influimos en el público siendo valientes. Influimos en nuestra profesión al no dar marcha atrás, incluso ante la adversidad”.

Esta revista intenta sumar a este lema recolectando el saber solidario, los esfuerzos exitosos recuperados, las reflexiones hacia el futuro del cuidado y apostando a la construcción colectiva del desarrollo y empoderamiento de la enfermería hacia la equidad en la salud y la prosperidad.

Asimismo, quiero dar las gracias a todas la/os enfermera/os y los animo a confiar en sus capacidades y a que todo el mundo los conozca. Celebro y disfruto de esta profesión.

Patricia Gómez



INVESTIGACIONES

CONDICIONES LABORALES Y SUS EFECTOS SOBRE LA SALUD APRECIACIONES SOBRE EL “SÍNDROME DE BURNOUT” EN POLICÍAS DE LA PROVINCIA DE SANTIAGO DEL ESTERO

WORKING CONDITIONS AND ITS EFFECTS ON HEALTH APPRECIATIONS ABOUT THE BURNOUT SYNDROME IN POLICE OFFICERS FROM THE PROVINCE OF SANTIAGO DEL ESTERO

CONDIÇÕES DE TRABALHO E SEUS EFEITOS NA SAÚDE. APRECIACÕES SOBRE A “SÍNDROME DE BURNOUT” NOS POLICIAIS DA PROVÍNCIA DE SANTIAGO DEL ESTERO

Autora: Manzur, Susana¹

RESUMEN

El presente trabajo pretende explorar la prevalencia del “Síndrome de Burnout” (SBO) y su relación con la actividad policial del personal de la policía de Santiago del Estero. El diseño de estudio fue epidemiológico mixto, exploratorio y observacional descriptivo. La Población objetivo estuvo compuesta por 444 efectivos policiales de Santiago del Estero que presentaron pedidos de licencias médicas en el período febrero y marzo de 2011/2012; se trabajó con una muestra de tipo intencional conformada por 96 agentes policiales que cumplían con los criterios establecidos y que decidieron participar voluntariamente en el estudio. De ellos 47 conformaron GC y 46 GE.

Para enriquecer el estudio se realizó un análisis exploratorio de Clúster, con el propósito de observar agrupamientos por variable que pudieran resultar invisibles en una primera instancia y su relación con la presencia o no del SBO. Los resultados obtenidos indican que el 10% presenta Síndrome de Burnout, con preponderancia de riesgos medios y bajos de desarrollar el síndrome, situación que permite la intervención preventiva desde políticas de acción desde la perspectiva de la salud. La exploración a partir del análisis de clústers muestran que el síndrome de burnout se halla vinculado a cuestiones del ambiente laboral y sus condiciones que necesitan intervención institucional, especialmente en cuestiones relativas a la realización personal que se asocia con el nivel de capacitación y requiere un acompañamiento del desarrollo profesional que apoye la formación a lo largo de sus carreras.

Palabras clave: Condiciones laborales, Salud, Síndrome de Burnout, fuerza policial.

1. Lic. en Psicología. Secretaria de Seguridad. Policía de la Provincia de Santiago del Estero.
Contacto: sumanzur@hotmail.com - <https://orcid.org/0000-0002-1267-3144>

ABSTRACT

The present study seeks to explore the prevalence of the Burnout Syndrome (SBO) and its relation to the police activity of the Santiago del Estero police personnel. The study design was epidemiological, mixed, exploratory and descriptive observational. The target population was composed of 444 police officers from Santiago del Estero who applied for medical leaves during February and March of the years 2011 and 2012. The work was carried out with a purposive sampling composed of 96 police officers who met the established criteria and who voluntarily agreed to participate in the study. 47 of them were part of the GC and 46 of the GE. In order to enrich the study, an exploratory cluster analysis was carried out to observe groupings by variable that could have gone unnoticed at first and their relation to the presence or absence of the SBO. The obtained results indicated that 10 % of them displayed the Burnout Syndrome and presented a prevalence of mid and low risks of developing the Syndrome, a situation that allows preventive intervention by applying measures from the healthcare perspective. The exploration based on cluster analysis showed that the Burnout Syndrome is connected to matters of the working environment and its conditions. These matters show the need for institutional intervention and, particularly, those matters related to self realization, which is related to the level of training and which requires supporting professional development in order to encourage the instruction of policemen during their careers.

Key Words: Working conditions. Health. Burnout Syndrome. Police force.

RESUMO:

O presente trabalho tem como objetivo explorar a prevalência da “Síndrome de Burnout” (SBO) e sua relação com a atividade policial dos policiais de Santiago del Estero. O delineamento do estudo foi misto epidemiológico, exploratório e observacional descritivo. A população alvo foi composta por 444 policiais de Santiago del Estero que apresentaram pedidos de licenças médicas no período de fevereiro a março de 2011/2012, trabalhamos com uma amostra intencional composta por 96 policiais que atenderam aos critérios estabelecidos, e que eles decidiram participar voluntariamente do estudo. Destes, 47 compunham o GC e 46 o GE. Para enriquecer o estudo, foi realizada uma análise exploratória de Cluster, com o objetivo de observar agrupamentos por variáveis que poderiam ser invisíveis em um primeiro momento e sua relação com a presença ou não de SBO. Os resultados obtidos indicam que 10% apresentam Síndrome de Burnout, com preponderância de médio e baixo risco para o desenvolvimento da síndrome, situação que permite intervenções preventivas a partir de políticas de ação na perspectiva da saúde. A exploração a partir da análise de cluster mostra que a síndrome de burnout está ligada a questões do ambiente de trabalho e suas condições que requerem intervenção institucional, especialmente em questões relacionadas à realização pessoal que está associada ao nível de formação e requer um acompanhamento de desenvolvimento profissional que apoia o treinamento ao longo de suas carreiras.

Palavras-chave: condições de trabalho, Saúde, Síndrome de Burnout, força policial.

INTRODUCCIÓN

Los términos Trabajo y Salud aparecen interrelacionados ampliándose, así, el antiguo concepto de salud como ausencia de enfermedad. La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1946, comienza a desarrollar conceptualmente el término Salud a través de Andrija Stampar, quien la considera como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Desde la Psicología y las Ciencias Sociales, se incluyeron enfoques propios que permitieron ampliar la percepción del paciente/sujeto, en cuanto a su estado de ánimo y el soporte social. Angermeyer & Killian (2000), relacionaron un conjunto de necesidades para la calidad de vida: necesidades fisiológicas, necesidad de relación emocional con otras personas, necesidad de aceptación social, necesidad de aceptación y sentido.

El Síndrome de Burnout (SBO), fue acuñado por el médico Freudenberg en el año 1974, en una clínica de toxicomanía donde comienza a observar entre los médicos residentes, es decir con poco tiempo de trabajo en el lugar, actitudes de insensibilidad, falta de comprensión, apatía y hasta agresión. Lo observado posibilitó el estudio en voluntarios que le permitió establecer indicadores de pérdida progresiva de energía, con su posterior agotamiento y conductas de apatía entendidas como distancia emocional (despersonalización) con los pacientes. Sus conclusiones consideraron una descompensación entre las exigencias laborales y las propias capacidades sostenida en el tiempo fallando, en dicha descompensación, los mecanismos de adaptación.

El SBO fue identificado por Freudenberg como una patología prevalente entre profesionales de la salud, observado en médicos residentes de una clínica de toxicómanos. A través del estudio de voluntarios, pudo establecerse una pérdida progresiva de la energía, que derivaba en un agotamiento, y conductas apáticas como insensibilidad y despersonalización en el trato con internadas/os.

El concepto del Burnout como síndrome se extendió posteriormente a otras profesiones ampliando su incidencia desde lo netamente laboral, con impacto en el campo económico, afectivo y familiar de los profesionales. (Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo, 2005).

En estudios sobre este tema, Esteve (1999) menciona a investigadores como Gil- Monte (2006) y Rene Dubos, quienes señalan que las transformaciones de las sociedades contemporáneas a nivel económico, social, cultural y tecnológico,

produjeron efectos en los comportamientos, emociones y percepciones de las personas exigiendo adaptarse continuamente a los nuevos parámetros sociales para sostener su status quo en relación con su salud física y psíquica. Como consecuencia, las ciencias sociales, especialmente, debieron profundizar y complejizar su objetivo de estudio con relación al hombre para abordar sus diferentes problemáticas ampliando, así, el enfoque a través de disciplinas como la economía, política, sociología y psicología. Así el estudio del síndrome de burnout, aparece como sintomatología específica del estrés al desgaste laboral.

En este punto, resulta central la referencia al trabajo y a la relación entre trabajo y salud. Desde una visión integral del ser humano, el trabajo constituye una manifestación del individuo. El trabajo está netamente relacionado con la conducta en general, pero con determinados objetivos que se asocian, necesariamente, a la calidad de vida y permiten al hombre el sustento de sus necesidades básicas, en cuanto alimentación, salud y educación actuando también como vehículo de realización personal.

Delimitación conceptual del síndrome de burnout

El Síndrome de Burnout (SBO), o “estar quemado”, observado por Freudenberg, describe en profesionales de la salud médica cierta vulnerabilidad asociada con síntomas físicos y psíquicos que englobaban un estado de agotamiento u apatía en ellos. Esta patología está relacionada netamente al estrés laboral siendo una consecuencia de éste; a diferencia del estrés, el SBO tiene una definición común, ampliamente aceptada y consensuada sobre la conceptualización y las tres dimensiones inherentes e interrelacionadas: Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal.

El SBO, según Maslach & Jackson (1981), es un tipo de estrés laboral, que afecta sobre todo a profesionales que tienen una actividad de ayuda o de contención que implica establecer situaciones emocionales vitales con otras personas usuarias del servicio. Para Cherniss (1980), señala al SBO como propio del estrés laboral, que reduce la motivación y la efectividad en trabajadores de servicios públicos.

Maslach, posteriormente a Freudenberg, realiza la estandarización para los síntomas, con tres ítems específicos a considerar para su diagnóstico constituyendo la definición multidimensional:

A. Cansancio emocional: agotamiento psíquico y físico, los cuales influyen en la pérdida de recursos emocionales. El agotamiento y la fatiga implican la

sensación de estar sobrepasada/o emocionalmente a causa del contacto directo con las personas usuarias del servicio. Las demandas emocionales, como, por ejemplo, las competencias y eficacia, son percibidas por el sujeto y le provocan sensación de sobrecarga y agobio.

B. Despersonalización: deshumanización, indiferencia, distancia emocional y el desarrollo de actitudes negativas hacia el/la beneficiario/a del servicio; se observa al individuo cambiando negativamente sus actitudes y respuestas habituales hacia otras más cínicas. Esta dimensión incluye la conducta de irritabilidad y la pérdida de la motivación.

C. Realización personal: baja autoestima y sentimiento de fracaso, con tendencia a realizar evaluaciones negativas acerca del trabajo. El sujeto tiende a pensar que no es competente evitando la interrelación. Esta presión se traduce en una baja productividad y pérdida de autoestima.

En referencia con el presente trabajo de investigación, se debe decir que la profesión policial es una actividad de evidente riesgo al que se agrega un rol extenso y ambiguo. Actualmente el modelo policial está en proceso de discusión. El modelo actual está basado en una política de Derechos Humanos y de profesionalización en cuanto al tratamiento del delito, que implica un cambio en la formación desde las escuelas policiales; en la práctica también exige una adaptación constante a las nuevas formas de delitos y de exigencias de la sociedad hacia el funcionario policial. Este nuevo paradigma implica una presión constante sobre su rol, que tal fue descrito en la introducción, implica cambios a nivel biopsicosocial.

Esta exigencia plantea en el seno de la institución policial y, especialmente de las áreas ligadas a la salud psicofísica, un estudio integral que implique un abordaje para el tratamiento de la problemática. El rol del policía está directamente relacionado con las exigencias de la sociedad; en lo relativo a protección y seguridad implica una relación de ayuda y soporte siendo los civiles a quienes destina su servicio. El efectivo policial se enfrenta diariamente a una serie de estímulos aversivos representados por conductas criminales, prevención de delitos y accidentes de todo tipo, incluidos los accidentes viales. Las problemáticas que enfrentan, se relacionan, a la vez, con problemas de índole legal propios del ámbito laboral y se agrega el exceso de horario de trabajo.

La relación con el riesgo en la profesión policial es aceptada ampliamente por todos los autores exigiendo a estos trabajadores el acomodamiento a nuevos retos producidos por los cambios sociales y económicos, producto de los nuevos

delitos emergentes. La exigencia de una constante formación, especialización y adecuación de estrategias, implican cambios permanentes en el rol y en el desarrollo de habilidades produciendo efectos en su calidad de vida.

Objetivo General

Explorar la prevalencia del “Síndrome de Burnout” (SBO) y su relación con la actividad policial del personal de la policía de Santiago del Estero.

METODOLOGÍA

El diseño del estudio fue epidemiológico mixto, observacional descriptivo y analítico. El diseño Epidemiológico descriptivo permitió detallar las características sociodemográficas de los actores involucrados considerando la población bajo estudio. El diseño analítico permitió comparar dos grupos seleccionados (GC; GE) empleando técnicas de Estadística Inferencial.

Universo: Constituido por policías de la provincia de Santiago del Estero. (5748 efectivos). **Unidad de observación:** efectivo policial de Santiago del Estero que podría presentar el SBO.

Población Objetivo: 444 efectivos Policiales de Santiago del Estero que presentaron pedidos de licencias médicas en el período febrero y marzo de 2011/2012 (210 licencias en febrero de 2011/2012 y 398 licencias en marzo de 2011/2012).

Criterios de inclusión y exclusión: El criterio de inclusión para la muestra correspondió a policías de ambos sexos y en actividad; se excluyeron a los que estaban en retiro y/o disponibilidad. Se consideró sólo el primer diagnóstico y la primera licencia.

Esta población objetivo estuvo diferenciada en dos grupos, decisión operacional para la definición comparativa de los efectivos policiales que poseen licencias médicas y aquéllos que no la tienen. Con dicho fin se establecieron:

El primer grupo denominado grupo control (GC), que fue seleccionado entre el universo de la fuerza policial que no tuvieron licencia médica el último año, y con características sociodemográficas y laborales similares.

El segundo grupo denominado de estudio (GE) conformado por efectivos seleccionados de la Población Objetivo, que cumplían con los criterios de inclusión/exclusión.

Muestra: La muestra fue de tipo intencional, su selección estuvo sujeta a los criterios de inclusión/exclusión, a saber: Finalmente, se conformó por 96 efectivos policiales que cumplían con los criterios establecidos y que decidieron participar voluntariamente en el estudio. De ellos 47 conformaron GC y 46 GE.

Análisis y tratamiento estadístico de los datos

Para mayor comprensión de las variables a investigar se dividió en dos grupos específicos, área administrativa y área operativa, según las áreas que lo componen. Se cursaron 80 invitaciones, en modo de notificaciones a presentarse en el lugar donde se realizó la toma de la muestra (Dirección General de Planeamiento), en el año 2011 y 2012, con un total de 46 policías. Se proporcionó al grupo en estudio el Cuestionario de Maslach Bournout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson (1981), adaptado al español (Seisdedos, 1997). El cuestionario constaba de 22 preguntas formuladas de modo afirmativo. Se utilizó la versión española de Seisdedos, que mantuvo sus escalas, los cuales presentan valores de confiabilidad por consistencia interna con el método Alpha de Cronbach de 0,90 para el Cansancio Emocional (CE), del 0,79 para Despersonalización (D) y 0,71 para Realización Personal (RP). El síndrome es el resultado del acumulativo positivo del CE y DP y, negativo del RP. Se utilizó para tratamiento de la información el análisis de Clúster.

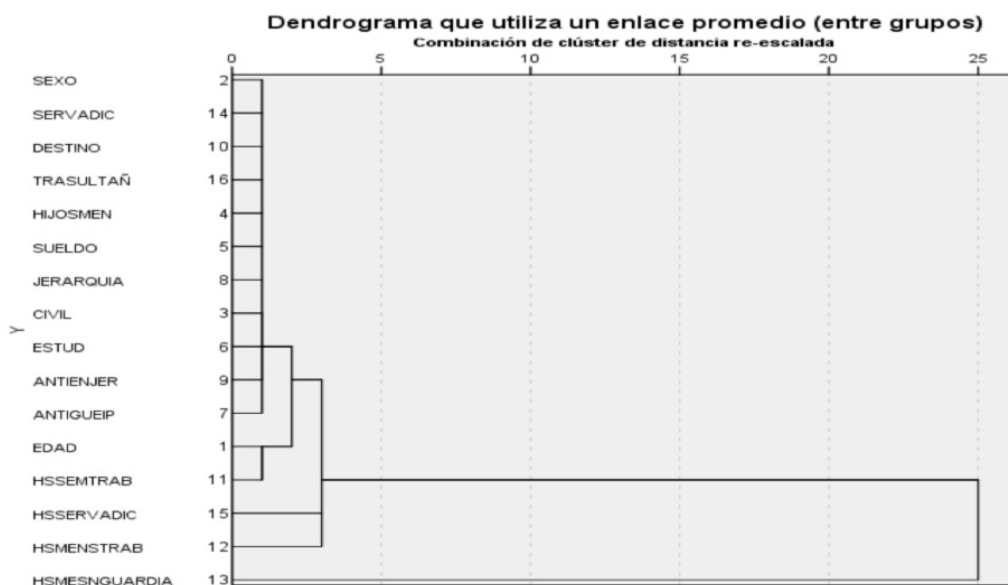
Consideraciones Éticas: Se solicitó la participación voluntaria, bajo firma de un consentimiento informado asegurando la confidencialidad de los datos.

RESULTADOS

Se efectuó Análisis de Clúster para poder observar agrupamientos que son invisibles, a través de la simplificación de un gran número de variables que permiten posteriormente obtener mayor contundencia en los análisis. Se realizaron 2 dendrogramas para observar cómo se agrupan las variables demográficas y relativas al cargo, y las variables de desempeño a los fines de explorar su asociación con los factores del Burnout.

Figura 1

Agrupación de variables demográficas y relativas al cargo.



Nota: Se identifican 3 agrupaciones:

1º Clúster: Cuestiones demográficas y relativas al cargo, compuesto por grupos propios que no se unieron al resto. 8 variables, no hay homogeneidad entre sus componentes: sexo, Servicio adicional, Destino, Traslados, Hijos, Sueldo Jerarquía y Estado Civil.

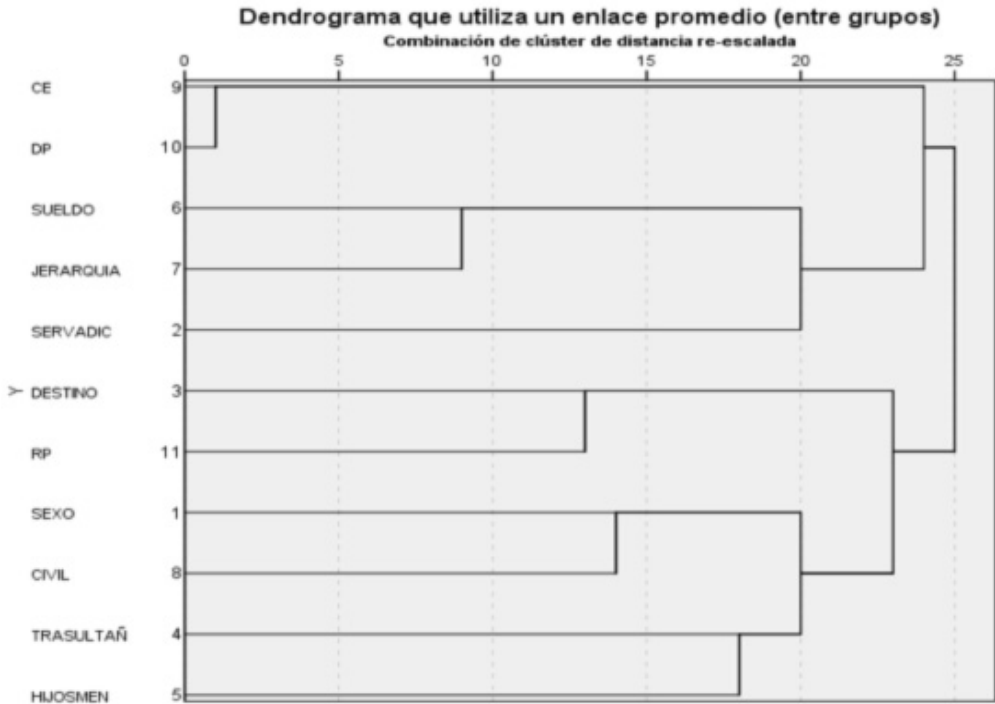
2º Clúster: Nivel de experiencia y capacitación, compuesto por 4 variables: Estudio, antigüedad en jerarquía y antigüedad en el puesto, edad. Características: el grupo representa el nivel de capacitación para el puesto laboral, debido a que todas las variables referencian lo mismo. Resulta ser más homogéneo al tener las variables correctamente asignadas. La variable edad es la última en adherirse al grupo pareciendo seguir la misma dirección y pudiendo interpretarse como consecuencia de las demás.

3º Clúster: Carga horaria, compuesto por 4 variables, Horas semanales, Horas servicio adicional, horas mensuales, horas mensuales guardias. Características: el grupo representa las Horas de trabajo exclusivamente presentando fuerte homogeneidad entre sus variables.

- Los siguientes gráficos identifican los clústers con las dimensiones del burnout.

Figura 2

Clúster 1. Cuestiones demográficas y relativas al cargo y dimensiones del burnout.



Nota: En este dendrograma se distingue que la variable realización personal mantiene una cercanía muy estrecha con la variable destino, que implica un determinado lugar de trabajo.

Figura 3

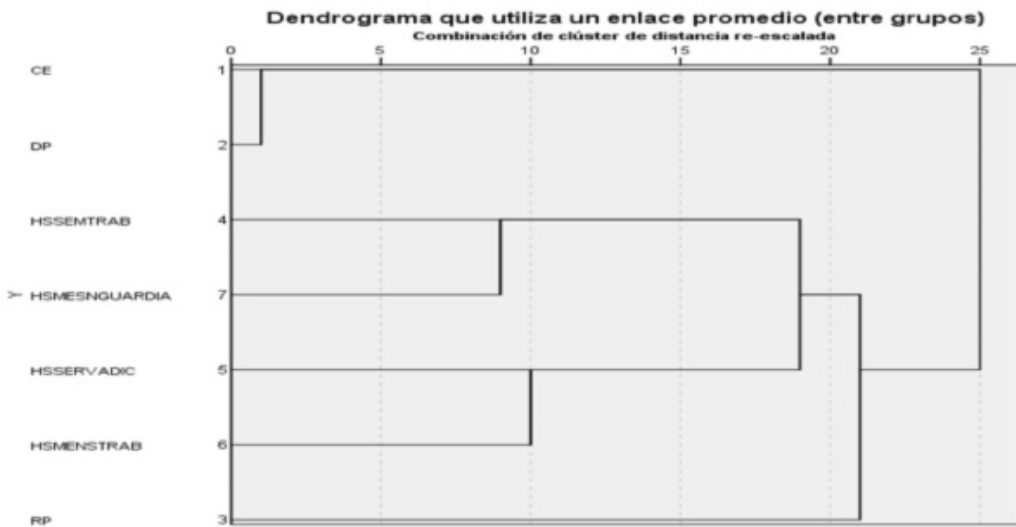
Clúster 2. Nivel de experiencia y capacitación y las dimensiones del burnout.



Nota: Se observa la cercanía entre la realización personal y el estudio, resultado que condice con la tabla 5 Resultados significativos ($p < 0.000$) para la correlación de Spearman. A su vez observamos otro clúster: cansancio emocional y despersonalización en estrecha distancia con la antigüedad en la jerarquía.

Figura 4

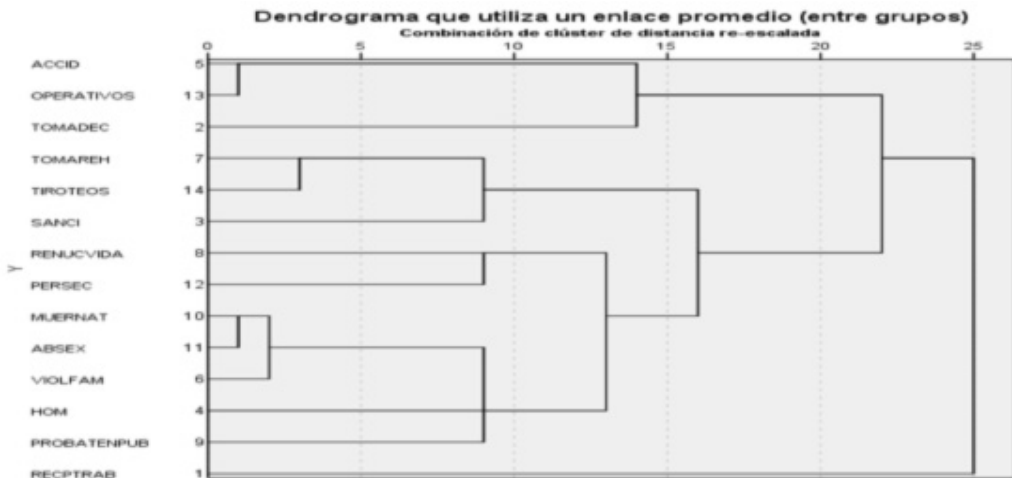
Clúster 3. Carga horaria y dimensiones del burnout.



Nota: En este caso, solamente la realización personal mantiene una relación estrecha con el clúster de las horas de trabajo, formado por las cuatro variables.

Figura 5

Agrupación de variables relativas al desempeño.



Nota. Se identifican 4 agrupamientos:

1º Clúster: compuesto por 3 variables: Accidentes, Operativos y Toma de decisiones. Características: Se observa homogeneidad entre las dos primeras variables, lo que desataca es la presencia de una variable subjetiva como Toma de decisiones pero que presenta una fuerte proximidad con ambas. Si bien todos los clústeres exhiben variables ligadas al riesgo, éste se llamaría **Toma de decisiones**.

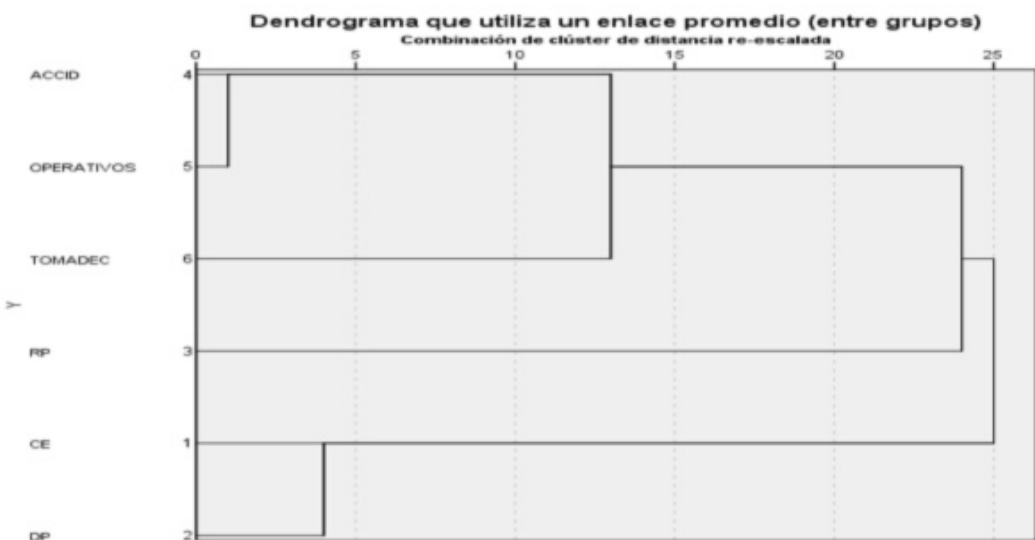
2º Clúster: compuesto por 3 variables: Toma de rehenes, Tiroteos y Sanciones. Características: igual al clúster anterior. Se observa homogeneidad entre las dos primeras variables, lo que se desataca es la presencia de una variable como Sanciones pero que presenta una fuerte proximidad con ambas. Si bien todos los clústeres exhiben variables ligadas al riesgo, éste se llamaría **Sanciones**.

3º Clúster: compuesto por dos subgrupos dentro del propio clúster. Variables: Renunciamiento a la vida y Persecuciones y el otro grupo de variables: Persecuciones, Muerte natural, Abusos sexuales, Violencia familiar, Homicidios y Problemas de atención al público. Características: el grupo representa variables homogéneas relativas al desempeño. Se denominaría **Acciones de desempeño**.

- Los siguientes gráficos identifican los clústeres con las dimensiones del burnout.

Figura 6

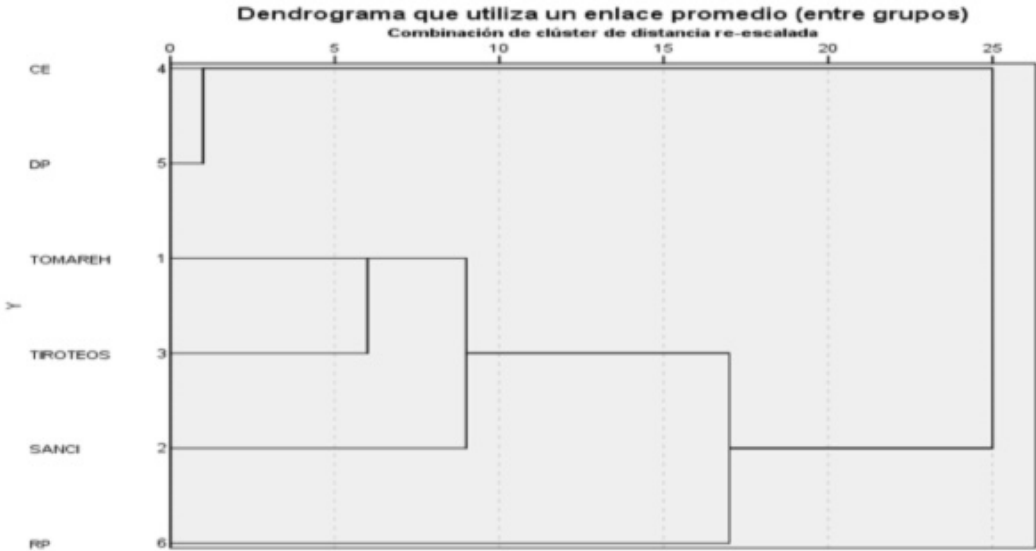
Clúster 1. Toma de decisiones y dimensiones del burnout.



Nota: Se identifica a la variable Realización Personal con la Toma de decisiones. Nuevamente identificamos que sólo la variable realización personal se vincula con las variables independientes.

Figura 7

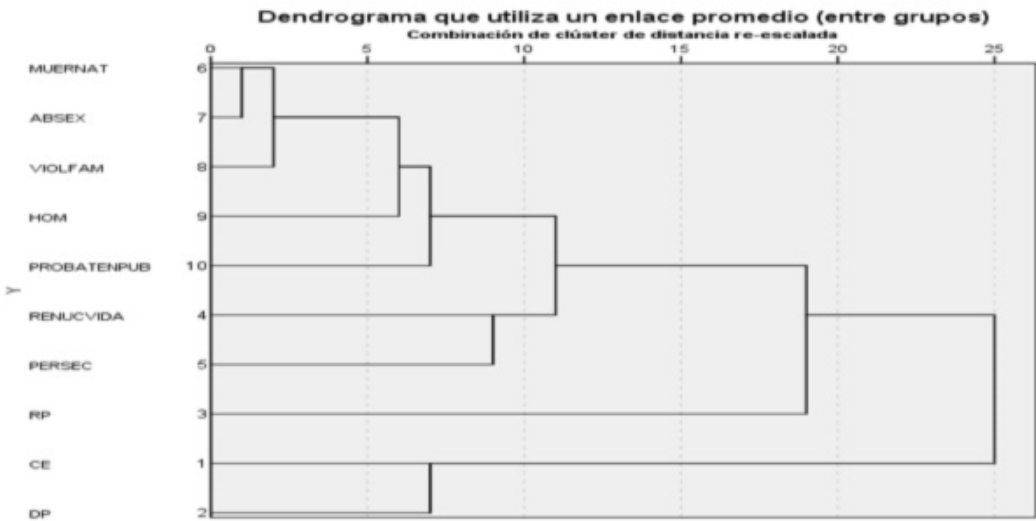
Clúster 2. Sanciones y dimensiones del burnout.



Nota. La dimensión Realización Personal se relaciona ampliamente con las tres variables. Como sucede en casi todos los dendrogramas la variable realización personal se relaciona con las variables: toma de rehenes, sanciones y tiroteos.

Figura 8

Clúster 3. Acciones de desempeño y dimensiones del burnout.



Nota: Se observa la tendencia de unirse a la variable Realización Personal. En este gráfico observamos que se repite la tendencia: de la formación de un clúster entre las variables independientes, denominado acciones del desempeño

que, a su vez, se unen a una distancia más lejana a la realización personal y éstos se vinculan con otro clúster formado por el cansancio emocional y la despersonalización.

DISCUSIÓN

Los resultados indican que el 10% de los efectivos evaluados padece el síndrome, con una preponderancia de riesgos medio y bajo de desarrollar el síndrome. Correspondiendo con otros estudios García Choquetopa, M. (2016).

El análisis jerárquico de clúster permitió identificar subgrupos homogéneos dentro de la heterogeneidad de variables independientes. Se observa que los clústeres no arrojan homogeneidad en cuanto a las variables sociodemográficas, pero si lo hacen en cuestiones relativas al cargo y al desempeño describiendo a este tipo de ambiente laboral y su relación el padecimiento del Burnout correspondiendo con otros estudios (Montoya Zuluaga & Moreno Moreno, 2012) Cooper & Marshall en 1976, reportado por Kuo (2015) Fernández-Sánchez, J.C., Pérez-Mármol, J.M., Santos-Ruiz, A.M., Pérez-García, M., & Peralta-Ramírez, M.I. (2018) demostrando que las características intrínsecas del trabajo y organizacionales sugieren su importancia en el desarrollo del síndrome: es decir la exposición a situaciones de riesgo medio y alto, así como una estructura organizacional jerárquica y piramidal.

Los clústeres Experiencia y Capacitación (siendo significativa su correlación), Carga horaria. Toma de decisiones, Sanciones, Acciones de desempeño, muestran cercanía con la variable dependiente de Realización Personal mostrando ampliamente su cercanía. Se corrobora con otras fuerzas policiales Alves, J. S. C., Bendassolli, P. F., & Gondim, S. M. G. (2017). Es decir que el tiempo de experiencia laboral, sumado a la capacitación permitirían una amplia gama de toma de decisiones y acciones que contribuyen al sentimiento de realización personal destacándose que la sobrecarga laboral en cuanto a horas de trabajo se puede relacionar con las características intrínsecas del trabajo, corroborándose en otras profesiones (Rodríguez- Socarras, M; Vázquez, J.L.; Uvin, P.; Skjold- Kingo, P.; Gómez Rivas, J., 2018). Estas características asumen la necesidad de contar con una dedicación fulltime, tal cual es el estado policial y sus consecuentes recargas laborales de horarios según fechas o situaciones específicas.

Otros clústeres como Disponibilidad de Recursos materiales muestran cercanía a las variables dependientes de Cansancio emocional y Despersonalización demostrando que la disponibilidad de una estructura física adecuada

y con el equipamiento disponible aseguran la productividad del funcionario al permitir la resolución inmediata de situaciones simples o complejas en menor tiempo.

CONCLUSIONES

Reflexionando sobre el objetivo principal del presente trabajo referido a las condiciones laborales y sus efectos en la salud, podemos observar que, en la conformación de los clústeres, éstos se agrupan según cuestiones de índole individual y de cuestiones referidas al cargo o puesto de trabajo.

Por lo tanto, a partir de los datos obtenidos se sostiene que el síndrome de burnout se halla vinculado a cuestiones del ambiente laboral; por lo tanto, la intervención debe realizarse desde la propia institución especialmente en cuestiones relativas a la realización personal que se asocia con el nivel de capacitación y requiere desde la institución un acompañamiento del desarrollo profesional dentro de la institución policial formándolos a lo largo de la carrera según sus diversas funciones.

RECOMENDACIONES

Resulta importante, pensar en esta institución como un territorio donde existe una organización colectiva de las personas que se apropian de un espacio no sólo material sino simbólico construyendo sus saberes y sus formas de vivir esa cotidianidad. Esta categoría de análisis requiere de aproximaciones o abordajes que implican la proximidad a la realidad empírica abordando al fenómeno de manera integral, desde lo particular a lo general.

REFERENCIAS

Agencia europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo. (2005). *Investigación sobre el estrés relacionado con el trabajo*. Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas. 167.

Angermeyer, M. C., y Killian, R. (2000). *Modelos teóricos de Calidad de Vida en trastornos mentales*. In H. Katschnig, H. Freeman, & N. Sartorius (Eds.), *Calidad de vida en los trastornos mentales* (pp. 19-29). Barcelona, España: Masson.

[https://www.scirp.org/\(S\(lz5mqp453edsnp55rrgjt55\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=2324056](https://www.scirp.org/(S(lz5mqp453edsnp55rrgjt55))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=2324056)

- Alves, J. S. C., Bendassolli, P. F., & Gondim, S. M. G. (2017). *Trabalho emocional e burnout: um estudo com policiais militares*. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 35(3), 459-472.
<https://www.redalyc.org/pdf/799/79952834004.pdf>
- Cherniss, C. (1980). *Staff Burnout. Job Stress in the Human Service*.
<https://doi.org/10.1177/002248718103200418>
https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Cherniss%2C+C.+%281980%29.+Staff+Burnout.+Job+Stress+in+the+Human+Service.+&btnG=
- Esteve, J. (1999). *El malestar docente*. Buenos Aires. Paidós.
- Fernández Sánchez, J.C., Pérez Mármol, J.M., Santos Ruiz, A.M., Pérez García, M., & Peralta Ramírez, M.I. (2018). *Burnout y funciones ejecutivas en personal sanitario de Cuidados Paliativos: influencia del desgaste profesional sobre la toma de decisiones*. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 41(2), 171-180.
<https://dx.doi.org/10.23938/assn.0308>
- Freudenberg. (1974). *Staff Burnout*. *Journal Soc. issues*, 159-165.
<https://spssi.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- García Choquetopa, M. (2016). *El Síndrome de Burnout y desempeño laboral en policías de la Unidad de Solución Temprana de la FELCC de la ciudad de La Paz*. [Tesis de grado]. Universidad Mayor de San Andrés.
<https://repositorio.umsa.bo/xmlui/bitstream/handle/123456789/8356/GCHM.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Gil Monte, P. R. (2003). *Burnout syndrome: ¿síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás?* *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 19 (2), 181-197.
<https://www.redalyc.org/pdf/2313/231318052004.pdf>
- Maslach, C., & Jackson, S. (1981). *The measurement of experienced burnout*. *Journal of occupational behaviour*, 99-113.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C., y Jackson, S. E. (1997). *MBI-Inventario "Burnout" de Maslach*. Madrid: TEA.

Montoya Zuluaga, P., y Moreno Moreno, S. (2012). *Relación entre el síndrome de burnout, estrategias de afrontamiento y engagement*. *Psicología desde el Caribe*, 29 (1), 205-227.

<https://www.redalyc.org/pdf/213/21323171011.pdf>

Samaja, J., & Galende, E. (2009). *Epidemiología de la salud: reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Buenos Aires. Argentina.

Vélez Arango, A. L. (2007). *Nuevas dimensiones del concepto de salud: el derecho a la salud en el estado social de derecho*. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, (12), 63-78.

<http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a05.pdf>

EXPECTATIVAS DE LOS USUARIOS SOBRE EL ACCIONAR DE ENFERMERÍA *

USERS' EXPECTATIONS ABOUT NURSING CARE ACTIONS

EXPECTATIVAS DOS USUÁRIOS SOBRE AÇÃO DE ENFERMAGEM

Autoras: Arias, Fabiola Alejandra ¹; Benicio, Elva ²; Colque, Gabriela Vanesa ³; Toro, Estela Soledad ⁴

RESUMEN

Introducción: La expectativa sobre acciones de profesionales de enfermería, es lo que el/la usuario/a espera de enfermería: como profesional ofrece un servicio de vital importancia en el desarrollo de competencias y funciones dependientes, independientes y relaciones enfermería/paciente, en el consultorio externo del Servicio de Clínica médica, del Hospital Nuestra Señora del Rosario. Abra Pampa. Jujuy. Argentina. 2019. **Objetivo:** Identificar las expectativas de los usuarios respecto de las actividades independientes, dependientes y relaciones enfermería/paciente. **Método:** estudio observacional de corte transversal, con abordaje descriptivo incluyendo personas mayores de 17 años de ambos sexos. La muestra, constituida por 96 personas, las cuales fueron entrevistadas aplicando una encuesta semiestructurada incluyendo las expectativas sobre el accionar de enfermería independiente, dependiente y relaciones enfermería/paciente. **Resultados:** Acciones independientes: el 32,3% de usuarias/os esperaron seguridad; el 7,3% rapidez. Respecto de acciones dependientes: el 46,9% de usuarias/os esperó seguridad en administración de inyectables y curación; el 8% esperó no sentir dolor. Respecto de la información: el 21% de encuestadas/os esperó recibir información entendible; el 16,5% información concreta y un 15% información clara. El 35,5% de participantes esperó recibir un trato amable y el 20,4% trato discreto. **Discusión y Conclusión:** se conocieron las expectativas de usuarias/os sobre el accionar de enfermería como profesional que ofrece servicio de vital importancia en consultorio externo apoyando al individuo en la conservación e incremento de salud y respondiendo al cuidado de personas enfermas y sanas. En coincidencia con lo que Gomis expresa, se espera de la atención de profesionales de enfermería habilidad técnica, calidad eficaz y eficiente. Como también, coincide con lo manifestado por Torres Esperón y Urbina Laza citado por Espinoza Carrión, quienes expresan que dichas acciones son las que realiza el personal de enfermería por delegación de otros profesionales.

Palabras claves: expectativa, usuarios, enfermería.

* Trabajo final para acceder a título de grado de la Licenciatura en Enfermería.

1. Licenciada en Enfermería. Hospital Pablo Soria, San Salvador de Jujuy.

Contacto: alexaariafabi@gmail.com - <https://orcid.org/0000-0002-3390-3455>.

2. Licenciada en Enfermería. Hospital Nuestra Sra. del Rosario. Abra Pampa. San Salvador de Jujuy. Contacto: benicioelva@yahoo.com - <https://orcid.org/0000-0003-4304-1294>

3. Licenciada en Enfermería. Hospital Jorge Uro. La Quiaca, San Salvador de Jujuy. contacto: gabrielavanesacol123@gmail.com - <https://orcid.org/0000-0001-5510-0883>

4. Licenciada en Enfermería. Hospital Materno Infantil, de San Salvador de Jujuy. Contacto: estelatoro79@gmail.com - <https://orcid.org/0000-0002-7311-1524>

ABSTRACT

Introduction: The expectation about professional nursing care actions is what the user expects from nursing care. The professional nurse provides a service of vital importance in the development of competencies, dependent and independent functions and of nurse-patient relationships at the outpatient clinic of the clinical medicine department of the Nuestra Señora del Rosario Hospital in Abra Pampa, province of Jujuy, Argentina, in the year 2019. **Objective:** To identify the users' expectations about the independent and dependent activities and the nurse-patient relationships. **Method:** A cross-sectional, descriptive, observational study was carried out, which included people over 17 year old of both genders. The sample was composed of 96 individuals who were interviewed through a semi-structured survey, which included the dependent and independent nursing care actions and nurse-patient relationships. **Results:** Regarding independent actions, 32.3 % of users expected safety, while 7.3% expected quickness. Regarding dependent actions, 46.9 % of users expected safety regarding the administration of injectables and healing, while 8 % expected not to feel pain. According to the data, 21 % of surveyees expected comprehensible information, 16.5 % of them expected concrete information and 15 % clear information. Besides, 35.5 % of the participants expected friendly treatment and 20.4 % expected fair treatment. **Discussion and Conclusion:** It was possible to know the users' expectations about nursing care actions of the nurse as a professional who provides a service of vital importance at the outpatient clinic by encouraging individuals to maintain and boost their health and by taking care of ill and healthy people. According to Gomis, it is expected that the nursing professionals' attention displays technical ability, quality, efficacy and efficiency. At the same time, it coincides with Torres Esperón and Urbina Laza claims, quoted by Espinoza Carrión. They state that said actions are the ones performed by the nursing personnel as delegated by other professionals.

Key words: Expectation. Users. Nursing.

RESUMO

Introdução: A expectativa sobre as ações dos profissionais de enfermagem é o que o usuário espera da enfermagem, enquanto profissional oferece um serviço de vital importância, no desenvolvimento de competências e funções dependentes, independentes e nas relações enfermagem / paciente, no consultório externo do serviço de clínica médica do Hospital Nuestra Señora del Rosario. Abra Pampa. Jujuy. Argentina. 2019. **Objetivo:** Identificar as expectativas dos usuários em relação às atividades independentes e dependentes e às relações enfermagem / paciente. **Método:** estudo observacional transversal, com abordagem descritiva, incluindo pessoas maiores de 17 anos de ambos os sexos. A amostra foi composta por 96 pessoas, que foram entrevistadas por meio da aplicação de questionário semiestruturado, contemplando expectativas sobre as ações de enfermagem independentes e dependentes e as relações enfermeiro / paciente. **Resultados:** Ações independentes 32,3% dos usuários esperavam segurança, 7,3% velocidade. Em relação às ações dependentes, 46,9% dos usuários esperavam segurança na administração dos injetáveis e na cicatrização, 8% deles esperavam não sentir dor. Em relação à informação, 21% dos entrevistados esperavam receber informações compreensíveis, 16,5% informações concretas e 15% informações claras. 35,5% dos participantes esperavam receber um tratamento amigável e 20,4% um tratamento discreto. **Discussão e Conclusão:** foram conhecidas as expectativas dos usuários sobre as ações de enfermagem, como profissional que oferece serviço de importância vital em ambulatório. Apoiar o indivíduo na conservação e aumento da saúde, respondendo ao cuidado de pessoas doentes e saudáveis. De acordo com o que foi expresso por Gomis refere-se, espera-se atenção do profissional de enfermagem, habilidade técnica, de qualidade, eficaz e eficiente. Da mesma forma, coincide com o que foi afirmado por Torres Esperón e Urbina Laza citados por Espinoza Carrión, que afirmam que essas ações são aquelas realizadas pela equipe de enfermagem por delegação de outros profissionais.

Palavras-chave: expectativa, usuários, enfermagem.

INTRODUCCIÓN

Los/as usuarios/as evalúan aspectos que consideran importantes para la atención dentro de los cuidados enfermeros brindados, relacionados con la empatía, el trato individualizado y humano, más allá de lo técnico o procedimental, según lo reportado por Bautista (citado por Sifuentes León, 2016). En cambio, González, C. (citado por Barboza Alarcón, 2012, pp. 11) las diferentes formas de ver a la enfermería hacen que el/la paciente perciba o sienta que la enfermera/o puede ser “buena” o “mala”, dependiendo de si soluciona el problema que motiva la demanda de su atención y si esta solución cumple con las expectativas, requisitos o exigencias del/la paciente en cuanto a lo que entiende debe ser el cuidado por parte de la enfermera/o. Es en este cuidado que surge un vínculo relacional, conocido como relación enfermera/paciente claramente detallado por Peplau, H. (citado por Madueño Rodríguez, 2020, pp.25) en este modelo teórico de relaciones se establecen y generan en las personas/usuarios, ciertas expectativas, determinadas en aquello que esperan recibir u obtener del/la enfermero/a como partícipe del sistema sanitario y agente de salud. En cuanto a las funciones de enfermería, Torres Esperon y Urbina Laza, O. (citado por Espinoza Carrión, 2018) las propone conceptualmente en categorías a saber, Funciones independientes o propias: son aquéllas ejecutadas por personal de enfermería en cumplimiento de las responsabilidades de la profesión, para la cual están capacitadas/os y autorizadas/os. Funciones dependientes: son las que realiza el personal de enfermería por delegación de otras/os profesionales, principalmente el personal médico. Funciones interdependientes: son las que desarrolla personal de enfermería en colaboración con el resto del equipo de salud. A su vez, las funciones de segunda categoría, son: Función asistencial: apoya al individuo en la conservación y el incremento de su salud, responde al cuidado de las personas enfermas y sanas, es decir, ayudar a mantener la salud o recuperar las funciones y capacidades deterioradas por una enfermedad. La función asistencial se desarrolla en los tres niveles de atención de salud. Función docente: permite producir conocimientos, formación de futuras/os profesionales y conducir los procesos de enseñanza y aprendizaje. Función administrativa: permite asegurar que las actividades que deban ser ejecutadas por profesionales en los distintos campos de actuación se realicen de forma sistemática, racional y organizada. **Función investigativa:** actividades que desarrolla personal de enfermería con el objetivo de consolidar su identidad profesional mediante la investigación de los problemas de salud de la población dentro del equipo multidisciplinario. Considerando a Potter y Perry (2018), citan las funciones de la enfermera según la Asociación Norteamericana de Enfermeras (ANA, 2019) los estándares del ejercicio profesional, suponen un método para garantizar que las/los pacientes reciban cuidados de calidad. La práctica de la enfermería profesional consiste

en valoración, diagnóstico, planificación, aplicación, coordinación de cuidados, enseñanza y promoción de la salud, comunicación entre tantas otras. Evaluación de las normas ANA (2019) permiten determinar que las/los profesionales de enfermería asumen una serie de roles cuando prestan cuidados a pacientes. Peplau (citado por Madueño Rodríguez, 2019) refiere sobre roles que asume el/la enfermero/a como comunicador/a, profesor/a, defensor/a del/la paciente, líder y gestor/a. Berman y Snyder. (citado por Reyes Ignacio, 2019) hace referencia al proceso de atención de enfermería (PAE) como el conjunto de acciones intencionadas que la/el profesional de enfermería, apoyándose en modelos y teorías, realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que la persona que necesita de cuidados de salud los reciba de la mejor manera posible. Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados. La autonomía confiere a la enfermería la capacidad de autorregularse y responder por sus propios actos, mediante el PAE. Las intervenciones pueden ser de tres tipos, según Gomis, Duilio (2015). **Dependiente**, son aquellas actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas; requieren de una prescripción médica para su ejecución. Las acciones **independientes**, son aquellas actuaciones propias de enfermería, autónomas que están legalmente autorizadas, por su formación, capacidad y experiencia práctica. Las acciones **interdependientes** son aquellas actividades que la enfermera/o lleva a cabo conjuntamente con otros miembros del equipo de salud.

En la dimensión **interpersonal**, Ramirez-Muñoz y col (2016) establecieron el indicador de trato digno, que se refiere a la percepción que tiene la/el paciente o su familiar sobre el trato y la atención proporcionada por el personal de enfermería durante la estancia hospitalaria. La importancia del análisis de este indicador estriba en que la atención de enfermería implica la disminución de factores de riesgo y el aumento en la seguridad y satisfacción de usuarias/os al recibir buen trato (pp110).

Respecto del **trato y la información** apunta a que el personal de salud explique con la verdad en qué consiste la enfermedad; que no les oculte la verdad sobre su estado de salud y su esperanza de vivir. Además, las/los pacientes prefieren que sea el médico quien transmita esta información, especialmente si es una enfermedad con pronóstico grave. Según Gomis, D. (2015) durante la entrevista el personal de enfermería debe generar empatía, calidez, respeto y concreción. Para Gaviria Noreña (citado por Paravic,T., 2016) la discreción, la intimidad, la elección informada del cuidado, la empatía, la honestidad, el tacto y la sensibilidad constituyen, entre otras, las virtudes de la relación interpersonal que se debe evaluar. Se ejecutó esta investigación con el objetivo de identificar las expectativas de usuarias/os sobre el accionar de enfermería en

consultorio externo de clínica médica permitiendo conocer la calidad de las actividades de enfermería, con la intención de efectuar mejoras en el ejercicio profesional para brindar atención calificada a usuarias/os; aplicando estrategias de promoción, prevención y rehabilitación de la salud, como así también, a incrementar el conocimiento científico del campo disciplinar; favoreciendo la consolidación del servicio brindado por las enfermeras/os, en ámbitos del sistema de salud donde enfermería es imprescindible.

MÉTODOLÓGÍA

El presente estudio observacional, de corte transversal, con abordaje descriptivo, incluyó personas mayores de 17 años de edad de ambos sexos que asistieron al Servicio de Clínica Médica del hospital público. Este estudio siguió los principios éticos de la Declaración de Helsinki. El tamaño de la muestra se estimó en (n: 96) adultas/os mayores de 17 años de ambos sexos, que asistieron a los consultorios externos del Servicio de Clínica Médica del hospital público, donde se realizaron las encuestas durante el mes de julio del año 2019. Se realizó un muestreo por conveniencia. Conformaron la muestra las personas que firmaron el consentimiento informado y que aceptaron voluntariamente participar del estudio. Criterios de inclusión: usuarias/os de ambos sexos, mayores de 17 años, con capacidad cognitiva para ser entrevistados, que concurrieron al consultorio de Clínica Médica. Criterio de exclusión: personas con capacidades cognitivas con limitaciones para responder la encuesta; que sean menores de edad y estén ausentes sus padres, que no concurran al consultorio de Clínica Médica y que decida no participar de la entrevista.

Técnica de recolección de datos utilizada fue la encuesta, en modalidad de entrevista, se llevó a cabo de manera directa con las personas en la sala de espera antes de ser asistidas/os por médico/a y enfermera/o de consultorio externo de Clínica Médica. Para la ejecución, se les explicó a las/los participantes el objetivo e importancia de la colaboración en el estudio. El instrumento de recolección de datos fue el cuestionario semiestructurado, para obtener información según las variables del accionar de personal de enfermería dependiente, independiente y las relaciones enfermería/paciente. Se efectuó una prueba piloto con la finalidad de detectar si el lenguaje de las preguntas era claro, simple y preciso buscando la confiabilidad del instrumento con el fin de recabar datos coherentes; analizada la muestra, se realizaron los ajustes correspondientes.

Plan de Tratamiento de los Datos, para identificar las expectativas que tienen las/los usuarios/as participantes de la muestra, respecto del accionar del personal de enfermería según las variables estudiadas, al finalizar la recopilación de

los datos se llevó a cabo su procesamiento. Se almacenaron en una base de datos de Microsoft Excel, se llevó a cabo la codificación pertinente que consistió en asignar a cada una de las categorías de las variables un número para la posterior agrupación de los datos. Se ejecutó la tabulación, en la cual los datos se colocaron en forma conjunta y ordenada para determinar la frecuencia de aparición de las diferentes respuestas. De esta manera, se organizó la información pudiéndose efectuar el proceso técnico del análisis. La presentación de resultados se ilustró mediante tablas simples, de doble entrada y gráficos de barras y sectores.

RESULTADOS

Entre los datos sociodemográficos se observaron características de usuarias/os que asisten al Servicio de Clínica Médica del Hospital Nuestra Señora del Rosario de Abra Pampa: predomina el sexo femenino un 40% respecto del sexo masculino, con promedio de edad entre 17 a 24 años. La población está conformada por un 52% de mujeres y 47% de varones. Acerca del nivel de instrucción de participantes que asistieron a la consulta, el 57% ha cumplimentado los estudios de nivel secundario; el 6% presentó estudios primarios incompletos y un 7% tenían estudios superiores. Un alto porcentaje de la población estudiada (83%) eran de Abra Pampa, de los cuales el 71% realiza consultas algunas veces; el 19% efectúa consultas siempre y un 10% por primera vez. El 17% de encuestadas/os son del interior; el 44% realiza consultas por única vez; un 31% siempre y un 25% algunas veces.

Tabla 1

Características sociodemográficas de las/los adultos/as mayores de 17 años de la muestra en estudio que asistieron a los consultorios externos del Servicio de Clínica Médica del hospital público año 2019.

Características sociodemográficas	f	%
Edad		
17 a 24 años	37	39,06
Sexo		
Mujeres	64	67
Hombres	32	31,25
Nivel de instrucción		
Primario incompleto	6	6,25
Primario Completo	10	10,40
Secundario Incompleto	1	18,70
Secundario Completo	8	55,70
Terciario/Universitario	-	7,20
Procedencia de la consulta		
Alto Pampa	80	83
Interior	16	17

Nota: Esta tabla muestra las características sociodemográficas de las personas que realizaron consulta en el Servicio de Clínica Médica del hospital público. 2019.

Respecto del accionar de enfermería en forma independiente la mayor proporción de los entrevistados esperan seguridad, en control de presión, 32,3%; valoración 26% y control de temperatura 12,5%; mientras otros usuarios esperan rapidez en el accionar de enfermería durante la valoración 7,3%. Accionar de enfermería dependiente se observó la mayor proporción de usuarios/os 46,9% esperan seguridad al colocar inyectables; el 31% esperan seguridad en curación de heridas y el 8% esperan que no cause dolor en colocación de inyectables y curación de heridas. La mayoría de usuarios 21 % esperan recibir de la enfermera/o información entendible; que sea concreta el 16,5 % y que sea clara el 15%.

Tabla 2

Expectativas de adultas/os mayores de 17 años respecto de las acciones del personal de enfermería de la muestra en estudio que asistieron a los consultorios externos del Servicio de Clínica Médica del hospital público año 2019.

Acciones	Rapidez	Seguridad	Cuidado	Totales
Independientes				
Anamnesis	5	41	41	87
Tensión/Arterial	3	38	33	74
Temperatura	3	40	32	75
Talla/Peso	1	41	41	83
Totales de Respuestas	12	160	147	319
Acciones Dependientes	Cuidados	Seguridad	Sin dolor	Totales
Inyectables	50	38	23	111
Curaciones	49	36	24	109
Totales de Respuestas	99	74	47	220
Relaciones Interpersonales	Información Clara	Información Concreta	Información entendible	Totales
Medicación	14	2	26	42
Estudios/Turnos	-	-	-	-
Nutrición	-	-	-	-
Totales de Respuestas	14	2	26	42

Nota: La tabla muestra las frecuencias de las respuestas sobre las expectativas que tuvieron las personas en las tres dimensiones evaluadas durante la consulta con enfermería en el Servicio de Clínica Médica del hospital público 2019.

Referido al Trato, el 35,5 % de individuos esperan un trato amable; y discreto el 20,4% antes y después de la consulta en el consultorio de Clínica Médica.

Tabla 3

Expectativa expresada por usuarias/os respecto del trato esperado durante la atención de enfermería en consultorio externo de Clínica Médica del hospital público, año de 2019.

Expectativas respecto al Trato			
Relaciones Interpersonales	Amabilidad	Discreción	Totales
Antes de la consulta	19	26	45
Durante la consulta	42	10	52
Después de la consulta	37	6	43
Totales de respuestas	98	42	140

Nota: En esta tabla se visualiza el trato que esperaban las personas, de los profesionales de enfermería, antes, durante y después de la consulta en el Servicio de Clínica Médica del hospital público 2019.

DISCUSIÓN

En los datos sociodemográficos se observó que de las/los usuarios/as que asisten al Servicio de Clínica Médica del hospital público de la localidad de Abra Pampa, predomina el sexo femenino un 40% respecto al sexo masculino, con promedio de edad entre 17 a 24 años, lo que condice con lo reportado por el Censo de población 2010, donde la población está conformada por un 52% de mujeres y 47% de varones. Acerca del nivel de instrucción de participantes que asistieron a la consulta, el 57% ha cumplimentado estudios de nivel secundario; el 6% presentó estudios primarios incompletos y un 7% tenían estudios superiores, tal lo refirió el Censo de Población Hogares y Vivienda del año 2010, en los hogares con necesidades básicas insatisfechas, el jefe de hogar no había completado sus estudios primarios. Un alto porcentaje de la población estudiada son procedentes de Abra Pampa. Con respecto al Accionar de enfermería en forma independiente, la mayor proporción de los entrevistados esperan seguridad. En el control de presión, 32,3% valoración 26% y control de temperatura 12,5%, mientras que otros usuarios respondieron que esperan rapidez en el accionar de la enfermera, durante la valoración (7,3%). Como lo expresado por Gomis, D. (2015) donde el autor reportó que se espera de la atención del enfermero/a habilidad técnica, calidad, eficaz y eficiente.

Accionar de enfermería en forma dependiente: se observó la mayor proporción de usuarios 46,9% que esperan seguridad al momento de colocar inyectables; el 31% de participantes esperan seguridad del personal de enfermería al momento de la curación de heridas, y sólo el 8% esperan que no cause dolor al momento de colocación de inyectables y curación de heridas, lo que coincide con lo expuesto por Torres Esperón y Urbina Laza, O. (citado por Espinoza Carrión, 2018) dichas acciones son las que realiza el personal de enfermería por delegación de otros profesionales, principalmente el personal médico. (Curación plana con técnica aséptica, Colocación de inyectables). El estudio mostró que la mayoría de usuarios 21 % esperan recibir de la enfermera/o información entendible, que sea *concreta* el 16,5 % y que sea *clara* el 15%. De acuerdo con el estudio de Ramírez- Muñoz y col (2016) la información: será estudiada y se medirá a través de lo que se le informe al/la usuario/a. En lo referente al Trato el 35,5 % de individuos esperan un trato amable y discreto el 20,4% antes y después de la consulta en el consultorio de clínica médica. Lo referenciado por Ramírez- Muñoz y col (2016) el trato digno, se refiere a la percepción que tiene el/la paciente o su familiar sobre el trato y la atención por el personal de enfermería durante la estancia hospitalaria.

CONCLUSIÓN

Se conocieron las expectativas de usuarios sobre el accionar de enfermería del consultorio externo de Clínica Médica del hospital público, de Abra Pampa. Las/os participantes tienen la expectativa sobre el accionar del profesional de enfermería, tanto en actividades dependientes como independientes, es decir, esperan que la/el enfermera/o realicen procedimientos en forma segura, como profesional y ofrezca un servicio de vital importancia en el consultorio externo apoyando al individuo en la conservación y el incremento de la salud; respondiendo al cuidado de las personas enfermas y sanas, con amabilidad y discreción; favoreciendo la salud y recuperación de las funciones y capacidades deterioradas. Por otra parte, las/os participantes también, esperan que el/la médico/a y la enfermera expliquen con la verdad y transmitan información clara, precisa y entendible explicando en qué consiste la enfermedad, el tratamiento o próximos estudios, entre otros aspectos a informar.

RECOMENDACIONES

Este estudio contribuirá a la disciplina, mediante la elaboración de estrategias para que el personal de enfermería perciba que su labor es valorada donde se fomente la calidad de atención y cuidado humanizado, que los usuarios/as esperan y requieren del accionar del profesional de enfermería en el Hospital Nuestra Señora del Rosario. Se propondrán reuniones periódicas entre el equipo

de salud y los directivos, para socializar mejoras en la atención de usuarias/os a fin de revisar los procedimientos y protocolizar las actividades dependientes. Se solicitará a las autoridades de la institución promover espacios para la capacitación y actualización continua en diferentes temáticas para el personal de enfermería, con el fin de fortalecer el ejercicio profesional y que impacte de manera directa en la calidad del cuidado brindado a las personas, familias y comunidad que asisten al Hospital Nuestra Señora del Rosario de Abra Pampa.

REFERENCIAS

- American Nursing Association. (2019). *Declaración de posición oficial*. Principios de A.N.A. Washington DC.
<https://www.nursingworld.org/practice-policy/nursing-excellence/official-position-statements/>
- Bautista Rodríguez, LM. (2012) *Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE*. Francisco de Paula Santander. Revista Aquichan, 8 (1), 74-84.
<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-PercepcionDeLaCalidadDelCuidadoDeEnfermeriaEnLaESE-2670465.pdf>
- Bautista Rodríguez, L.M., Arias Velandia, M. F., y Carreño Leiva, Z. O. (2016). *Percepción de relativos de pacientes críticos hospitalizados en relación con la comunicación y apoyo emocional*. Revista Cuidarte, 7 (2), 1297-1309.
<http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v7n2/v7n2a07.pdf>
- Barboza Alarcón, P. (2012). *Representación social de la buena enfermera desde la perspectiva del paciente Hospitalizado*. [Tesis de Maestría en Enfermería]. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.
https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/583/1/TM_Barboza_Alarcon_Perla.pdf
- Berman, A., Snyder, S., Reyes Perez, D., Corchado Cruz, J.L. (2013). *Fundamentos de Enfermería, Kozier y Erb: Conceptos, proceso y práctica*. Pearson Educación.
https://catoute.unileon.es/discovery/fulldisplay?context=L&vid=34BUC_ULE:VU1&docid=alma991008729764105772
- Gaviria, D.L. (2009). *La Evaluación del Cuidado de Enfermería: Un Compromiso Disciplinar*. Revista Investigación y Educación en Enfermería, 27(1), 24-33.
<https://www.redalyc.org/pdf/1052/105213198002.pdf>

- Gomis, D. Kordi, S. (2018). *Funciones de enfermería. Manual de Enfermería Teoría, Práctica*. Editorial Librería AKADIA Editorial.
<https://medicinapdf.com/uh0/post/2018/4/descargar-manual-de-enfermeria-teoria-practica-5-ed-en-pdf-de-duilio-gomis-ano-2018.php>
- Madueño Rodríguez, A. (2020). *Relación Enfermera Paciente según Peplau en los servicios de cuidados críticos*. [Tesis de Especialidad Profesional]. Universidad Nacional Jorge Basadre. Grohmann. Tacna.
<https://1library.co/document/zx5pd8dq-relacion-enfermera-paciente-servicios-cuidados-criticos-hospital-arequipa.html>
- Ramírez Muñoz, V., Gallegos Carballo., Gamboa López, G., Gallegos Carballo, L. Bolado García, P.B., Gamboa López, G., Medina Escobedo, C.E. (2016). *Percepción del familiar y el paciente sobre el trato digno otorgado por el personal de enfermería*. Revista Enferm Inst Mex Seguro Soc, 24 (2), 109-14.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2016/eim162f.pdf>
- Reyes Ignacio, G. (2019). *Proyecto de investigación sobre la evaluación de las competencias del juicio clínico del proceso de enfermería en los estudiantes del 4to semestre en la Facultad de Enfermería n° 2 de la Universidad Autónoma del Estado de Guerrero*. Revista Dilema Contemporáneos: Educación, Política y Valores, VI 2 (73).
<http://docplayer.es/137210591-Titulo-proyecto-de-investigacion-sobre-la-evaluacion-de-las-competencias-del-juicio-clinico-del.html>
- Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina. (2016). *Experiencias municipales: Políticas de abordaje de los consumos problemáticos de drogas. Abra Pampa. Jujuy*.
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/experiencias_municipales_final-compressed.pdf
- Torres Esperón, M y Urbina Laza, O. (2006). *Perfiles profesionales, Funciones y competencias en Enfermería*. Educ Med Sup, 20 (1),1-36.
<http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v20n1/ems02106.pdf>

ACCIONES DE CUIDADO A MADRES SIN PAREJA CON HIJOS CRÍTICAMENTE ENFERMOS O QUE MUEREN *

NURSING CARE ACTIONS TOWARDS SINGLE MOTHERS OF CRITICALLY ILL OR DEAD CHILDREN

AÇÕES DE CUIDADO PARA MÃES SOLTEIRAS COM CRIANÇAS CRITICAMENTE DOENTES OU QUE FALECEM

Autora: Andrea Allegrini ¹

RESUMEN

Introducción: En la actualidad, la prematuridad es una de las principales causas de morbi-mortalidad neonatal e infantil, y una de las principales prioridades sanitarias, por lo cual es necesario abordar el cuidado de enfermería y mejorar su calidad y seguridad en la atención. **El objetivo** del estudio fue describir cuáles son las acciones de cuidado de enfermeros/as a madres sin pareja que pasan por circunstancias dolorosas de tener un hijo por nacer en situaciones críticas o en riesgo de morir, en un Hospital Materno Provincial, público. Para su abordaje se utilizó la teoría de los Cuidados de Kristen Swanson, que propone cinco procesos básicos que son actos etiquetados para el cuidado y éstos son: *Conocimientos, Estar con, Hacer por, Posibilitar y Mantener las creencias*. **Diseño metodológico:** un estudio observacional, descriptivo y transversal. La población fue de 100 enfermeros/as y un muestreo probabilístico de 20 enfermeras/os profesionales que trabajan en cuidados intensivos neonatales. La fuente: primaria. La técnica: observación y el instrumento: lista de cotejo. **Resultados:** arrojó que en “*Conocimientos*” predominó con un 63% de enfermeros/as están presentes y 37% ausentes. “*Estar con*” presentó un 60% presente y 40% ausente. “*Hacer por*” arrojó un 72,5% presente y 27,5% ausente. “*Posibilitar*” obtuvo un 30% presente y un 70% ausente. “*Mantener las creencias*” el 70% está presente y el 30% ausente; de las “*Acciones que realizan enfermeras/os para ayudar a las madres sin pareja que tienen a su hijo críticamente enfermo*”. **Conclusión:** Mantener las creencias ayudando a la madre a salir adelante junto con, confortar, actuar con habilidad y competencia han logrado el porcentaje más alto de esta investigación.

Palabras clave: cuidado, enfermería, madres, actitud frente a la muerte.

* Trabajo final para acceder al título de grado de la Licenciatura en Enfermería.

1. Estudiante de Enfermería. Universidad Nacional de Córdoba.

Contacto: andreallegrini27@gmail.com - <https://orcid.org/0000-0002-6673-5777>

ABSTRACT

Introduction: At present time, prematurity is one of the main causes of neonatal and child morbimortality and one of the main sanitary priorities. For this reason, it is necessary to approach nursing care in order to improve the quality and safety of the care provided. The objective of this study was to describe the nurses' actions towards single mothers who undergo painful circumstances in which their children are born in critical conditions or are at risk of death at a public Maternity Provincial Hospital. To this end, Kristen Swanson's Theory of Caring was used, which posits five caring processes: Knowing, Being with, Doing for, Enabling, and Maintaining Belief. Methodological design: An observational, descriptive, cross-sectional study was carried out. The population was composed of 100 nurses and of a probability sample of 20 professional nurses who work at neonatal intensive care units. Primary sources were used. Technique: Observation. Instrument: Checklist. Results: The results yielded that, regarding Knowing, 63 % of nurses displayed it, while 37 % did not. Regarding Being with, 60 % of nurses displayed it, while 40 % did not. Regarding Doing for, 72.5 % of nurses displayed it, while 27.5 % did not. Regarding Enabling, 30 % of nurses displayed it, while 70 % did not. Regarding Maintaining Belief, 70 % displayed it, while 30 % did not. The results were related to the actions performed by nurses to help single mothers of critically ill children. Conclusion: Maintaining belief when helping these mothers to carry through the situation together with comforting, acting skillfully and competently have reached the highest percentage of this research.

Key words: Care. Nursing. Mothers. Attitude towards death.

RESUMO

Introdução: Na atualidade, a prematuridade é uma das principais causas de morbimortalidade neonatal e infantil, e uma das principais prioridades de saúde, para a qual é necessário abordar a assistência de enfermagem a fim de melhorar sua qualidade e segurança na assistência. O objetivo do estudo foi descrever quais são as ações de enfermagem no cuidado às mães solteiras que passam por dolorosas circunstâncias de ter um filho que nasceu em situação crítica ou em risco de morrer, em um Hospital Materno Provincial público. Para tanto, utilizou-se a teoria do Cuidado de Kristen Swanson, que propõe cinco processos básicos que são rotulados de atos para o cuidado e são eles: Saber, Estar com, Fazer para, Capacitar e Manter as crenças. Desenho Metodológico: estudo observacional, descritivo e transversal. A população foi composta por 100 enfermeiras e amostra probabilística de 20 profissionais enfermeiras atuantes em terapia intensiva neonatal. A fonte primária. A técnica de observação e o instrumento, lista de verificação. Resultados: constatei que em "Conhecimento" predominou com 63% dos enfermeiros presentes e 37% ausentes "Estar com" 60% presente e 40% ausente "Fazer para" obteve 72,5% presente e 27,5% ausente "Possibilitar" obteve 30% presentes e 70% ausentes "Manter crenças", 70% estão presentes e 30% ausentes; Das "Ações realizadas por enfermeiras para ajudar as mães solteiras que têm seu filho gravemente doente". Conclusão: A manutenção das crenças ajudando a mãe a progredir, confortar, agir com habilidade e competência alcançaram o maior percentual desta pesquisa.

Palavras-chave: cuidado, enfermagem, mães, atitude diante da morte.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la prematuridad es una de las principales causas de morbi-mortalidad neonatal e infantil y una de las principales prioridades sanitarias. La frecuencia de nacimientos pretérmino e ingresos en la unidad de cuidados intensivos neonatales, ha ido aumentando a lo largo de los últimos años, (Herreros Ferrer, 2015).

Larguia (citado por Castañeda “et al” 2014) expresa que, si bien la neonatología moderna ha crecido y ha permitido a la perinatología asistir exitosamente a niños muy pequeños o gravemente enfermos, las unidades de terapia intensiva neonatal responden a desafíos cada vez mayores. Sin embargo, enfermar gravemente o morir ocurren inexorablemente en los servicios de urgencia ya que estas posibilidades son inherentes a la condición humana.

“El nacimiento prematuro en el Hospital para los cuidados intensivos del bebé representa un momento de crisis para toda la familia. En este contexto, el ejercicio de la maternidad y la paternidad, así como el proceso de desarrollo pueden verse afectados, especialmente el vínculo padres-bebé. Así, el equipo de salud debe estar preparado para tratar con los sentimientos y emociones de los padres y, además, brindarles apoyo”. Martins Castro; Da Silva, Ferreira Soares, Moreira y Rodríguez (2015).

Partiendo del factor de por sí estresante que es el parto prematuro. Los otros factores que se ha visto que influyen en la respuesta emocional y psicosocial de los progenitores son: el ambiente de la UCIN¹; la apariencia y conducta del niño/a; la pérdida de las expectativas generadas durante el embarazo; la separación del bebé; la comunicación con el personal; la situación socioeconómica y el retraso en el establecimiento del vínculo y sentimiento de pérdida del rol parental, Herreros Ferrer (2015); Falcón Villaitodo (2017).

El trabajo final de investigación ha llevado a profundizar un interés en expandir los conocimientos sobre acciones de cuidados que realizan enfermeras/as a las madres que atraviesan una situación grave como la de su hijo en estado crítico.

Se observó a madres que pasan por circunstancias dolorosas, como tener un hijo que acaba de nacer en situaciones críticas o en el peor de los casos mueren, a lo cual se suma el hecho de que algunas madres deben enfrentar dichas situaciones de dolor solas sin el apoyo del padre de su hijo.

1. La sigla UCIN significa: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Los médicos, enfermeras y el resto del equipo de salud en contacto con las familias de recién nacidas/os internadas/os en la UCIN, son agentes claves Anguera (2015).

Larguia (Castañeda “et al” 2014), para detectar dificultades en el proceso de vinculación, así como crisis de ansiedad, cuadros depresivos o de angustia de los padres, son producto de internaciones neonatales cada vez más invasivas.

De Enfermería son las/los profesionales de salud que permanecen más tiempo con estos pacientes; sin embargo, en ocasiones evitan extender los cuidados a los padres. Una situación especial se presenta a enfermeras/os cuando la/el recién nacida/o está en riesgo de morir o muere, ya que son situaciones difíciles de afrontar y sostener, Bautista (2014); Bravo de Quintana (2018).

“El cuidado centrado en la familia es un enfoque innovador que se basa en asociaciones beneficiosas, en la toma de decisiones y el cuidado del paciente, entre los proveedores de salud y las familias. Este enfoque considera al paciente y a su entorno como una única unidad de cuidado que requiere una atención de ayuda, apoyo y asesoramiento por parte de profesionales de enfermería” Chavero (2017).

Larguia “et al” (citado por UNICEF 2ª edición 2018) “Hace 35 años en nuestro país se viene desarrollando el modelo Maternidades Centradas en la Familia (MSCF) el cual reconoce a los padres y a la familia, junto con el equipo de salud, como los protagonistas de la atención de las mujeres embarazadas, el recién nacido y la madre, promoviendo la participación y colaboración de éstos en la protección y el cuidado de la mamá y el recién nacido. Este modelo se ha aplicado en numerosos hospitales de nuestro país con el fin de reducir las tasas de mortalidad materna y neonatal, como así también mejorar la calidad de vida”.

Centrado en el papel protagónico de la familia, en el cuidado y atención de la madre y los recién nacidos, una de las intervenciones más importantes relacionadas con mortalidad neonatal en el marco del modelo de maternidad segura y centrada en la familia consiste en permitir el ingreso irrestricto de los padres al servicio de neonatología. Campos González (2018).

No obstante, en este proceso entran en juego otros indicadores que intervienen en la práctica profesional: las enfermeras/os y que, sin duda alguna, determinan el vínculo con la familia del neonato. Ante situaciones de recién nacidas/os críticamente enfermas/os o su prematuro fallecimiento, se conjugan

una serie de emociones internas que determinan las acciones y actitudes tanto de los padres como de las/los enfermeros/as, se crea una situación de estrés lo cual favorece conductas para tales intervenciones. El rol principal de enfermeras/os es el de cuidar o sea de beneficiar a las personas que se encuentran vulnerables por el estrés del dolor de tener un hijo en esas condiciones, pero cuando el cuidado tiene que ver con la experiencia del dolor, de la incertidumbre o del duelo, esa situación termina limitando la capacidad de ayudar, en muchos casos se manifiesta una frialdad encubierta al proporcionar los cuidados. En el Hospital Materno Provincial, centro de referencia y derivación de pacientes de la ciudad de Córdoba, funciona un gran servicio de neonatología que, debido a su magnitud y especialización, es considerado y pertenece a la categoría A de alta complejidad. El Servicio de Neonatología consta de tres terapias intensivas y dos salas de cuidado intermedio.

“El padre suele ser el primero en visitar al bebé en la UCIN y su principal preocupación es la supervivencia de su bebé. Juega un papel clave en ese primer momento, porque la madre estará en recuperación clínica y, en muchos casos, no será capaz de ver a su hijo siendo él, entonces, el precursor de las primeras informaciones a la madre y al resto de la familia. Además, el padre se preocupa por la salud del bebé en el hospital; proporciona soporte para la madre; establece comunicación con familiares y amigos; cuida a los niños y, en muchos casos, necesita volver a trabajar en unos pocos días después de que nazca el bebé. Sin embargo, no se da siempre la atención como debe ser, porque muchos entran y salen de UCIN sin informaciones sobre el estado de salud de su hijo” Castro et al. (2015); Parra, Oviedo y Marquina (2019).

Específicamente sobre acciones de cuidado de las enfermeras hacia las madres sin pareja que tienen a sus hijos recién nacidos pasando por críticas situaciones o que fallecen no se encontró nada relacionado con el tema.

En este campo y, ante una exhaustiva búsqueda bibliográfica, no se encontró ningún trabajo específico; los trabajos encontrados son generalmente orientados al cuidado de la familia en general y se establece que hay un vacío de conocimiento sobre cómo apoyar y cuidar a las mamás más desprotegidas que cursan un embarazo, un parto y la internación de su bebé en soledad. Reconocer a las madres que pasan por estas difíciles experiencias, como la de tener un hijo críticamente enfermo con riesgo de morir y enfrentar esta situación en soledad, hace que la capacidad para ayudar y cuidar muchas veces se vea limitada y se manifieste una serie de situaciones que se expresan en frialdad, distancia o indiferencia.

La madre sola constituye un universo particularmente vulnerable,

en nuestro país alcanza a una de cinco familias, es una tendencia en alza y tiene rostro de mujer, Lupica (2014).

Por lo tanto, las enfermeras/os cumplen un papel preponderante frente a estas madres solas las cuales arrastran experiencias de abandono y de tristeza, sumado al nacimiento de su hijo con problemas críticos de salud, con riesgo de vida, OMS, (2019).

En las unidades neonatales, el cuidado de las enfermeras a las madres en situación de vulnerabilidad, de los RN críticos con riesgo de vida constituye un verdadero desafío.

En los últimos tiempos el desarrollo de la profesión permite encontrar en el cuidado individualizado y holístico como filosofía propia basada en la humanización de la atención, lo cual implica adquirir de manera permanente conocimientos científicos y técnicos, como lo define Watson (citado por Gómez, 2015), la enfermería consiste en “conocimiento, pensamiento, valores, filosofía, compromiso y acción, con cierto grado de pasión”; además, afirma que las enfermeras se interesan por comprender la salud y la enfermedad, por fomentar y restablecer la salud y prevenir la enfermedad.

Castañeda “et al” (2014), en la actualidad, es imprescindible abordar el cuidado del RN y su familia desde una perspectiva integral bajo el marco de referencia de los cuidados paliativos (CP ²) y con un enfoque interdisciplinario, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos y espirituales, desde el momento del diagnóstico hasta el final de la vida y durante el duelo”.

Se justifica el estudio por indagar y describir sobre el accionar de enfermeros/as en relación con las madres sin pareja que tienen a su hijo recién nacido críticamente enfermo o ante su fallecimiento.

Se ejecutó este informe teniendo un valor teórico que permitió contribuir al vacío de conocimiento que se tenía acerca de esta temática específica que coloca al/la enfermero/a y a la madre en desamparo como protagonistas. Si bien existen modelos que involucran a las familias en el cuidado y atención del neonato, éstos no contemplan las acciones de cuidados que vivencian enfermeros/as que deben atravesar este tipo de situaciones, por lo cual esta investigación permitió

2. La sigla CP significa: Cuidados Paliativos.

describir y conocer el proceso de dolor y de duelo en todas sus dimensiones y se tuvo en cuenta la relación y vínculo que se establece entre enfermeras/os y las madres sin pareja que pasan por esta dura experiencia. En cuanto a su trascendencia social este informe permitió no sólo mejorar la calidad y el accionar profesional de enfermeras/os, sino también contribuir de manera directa en la recuperación emocional de las madres que se encontraban en estado de desamparo.

Por otro lado, los resultados de esta investigación aportaron una visión más amplia de una realidad del sistema sanitario que es poco contemplada y que es parte de la cotidianeidad de la profesión.

El objetivo de este estudio fue describir las acciones de cuidado que realizan enfermeras/os para ayudar a las madres sin pareja que tienen a su hijo recién nacido críticamente enfermo o que mueren del Hospital Provincial.

Este informe de investigación estuvo sustentado en la teoría de Kristen Swanson (citado por Carolina Enríquez Guerrero, 2014): Desarrollo del conocimiento en enfermería “Teoría de los cuidados” la cual establece un Modelo del cuidado que integra al/la enfermero/a como al que es cuidado involucrando una serie de procesos de acciones que integran la Estructura del cuidado.

Dicha teoría aportó conceptos como la relación transpersonal, la fenomenología y el cuidado como esencia de la práctica que moviliza al/la paciente y al/la enfermero/a hacia la armonía entre el cuerpo alma y mente a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y cuidador/a, generando conocimiento rescatando siempre el accionar de enfermeras/os dentro de un marco de acciones que la van estructurando Cabal, y Guarnizo (2011).

Las conceptualizaciones que se tuvieron en cuenta para el presente estudio fueron:

- Acciones de Cuidados: es toda forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal que fomentan la plenitud y la curación y propuso que el cuidado integral en un ambiente complejo abarca un equilibrio de cuidados (de uno mismo y de la persona que cuida), acompañamiento (a otros y roles), enfrentarse a responsabilidades y evitar malos desenlaces.

Swanson propuso cinco procesos básicos que son actos etiquetados para el cuidado y éstos son los que se tendrán en cuenta para la realización de este trabajo:

* *Conocimientos*: comprender el significado de un suceso en la vida del otro evitando conjeturas, centrándose en la persona a la que se cuida, buscando claves, valorando meticulosamente y buscando un proceso de compromiso entre el que cuida y el que es cuidado, se basa en la confianza que se dan en ambos enfermeros/as y paciente.

- Ayuda a la madre a comprender sobre lo que está pasando su hijo.
- Evalúa los factores que más afectan a la madre en el proceso del cuidado del bebé.
- Proporciona a la madre un ambiente confiable y seguro.

* *Estar con*: significa estar emocionalmente presente con el otro. Incluye estar allí en persona, transmitir disponibilidad y compartir sentimientos sin abrumar a la persona cuidada. El estar con, es una forma de enfermería terapéutica, el/la enfermero/a tiene una presencia real en las actividades que se pretenden con el paciente para seguir adelante y una empatía de dos o más personas que busca formar un lazo de comprensión y de ayuda en los momentos difíciles.

- Mantiene contacto, permanente haciéndole saber que la/el enfermero/a se encuentra disponible incondicionalmente para ser escuchada sobre dudas e inquietudes.

* *Hacer por*: significa hacer por otros lo que se haría por uno mismo, si fuera posible, incluyendo adelantarse a las necesidades, confortar, actuar con habilidad y competencia y proteger al que es cuidado respetando su dignidad.

- Conforta a la madre en los procesos de dolor.
- Preserva el vínculo enfermero/a madre e hijo mediante el cuidado.

* *Posibilitar*: es facilitar el paso del otro por las transiciones de la vida y los acontecimientos desconocidos, centrándose en el acontecimiento, informando, explicando, apoyando, dando validez a sentimientos, generando alternativas, pensando las cosas detenidamente y dando retroalimentación y validando la realidad del otro.

- Posibilita a la madre interconsulta con el servicio de salud mental.
- Da la posibilidad a la madre de ponerse en contacto con un sacerdote o pastor según su creencia si así lo requiere.
- Informa a la madre sobre la importancia del “estar “al lado de su hijo.

* *Mantener las creencias*: es mantener la fe en la capacidad del otro de superar un acontecimiento o transición y enfrentarse al futuro con significado creyendo en la capacidad del otro y teniéndolo en alta estima, manteniendo una actitud llena de esperanza, ofreciendo un optimismo realista, ayudando a encontrar el significado estando al lado de la persona cuidada en cualquier situación.

- Promueve la confianza en las madres.
- Motiva a la madre para salir adelante.
- Conoce las preocupaciones de las madres.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo y transversal. La población constituida por enfermeros/as que desempeñaban sus funciones en el área de neonatología de un Hospital Provincial de la Ciudad de Córdoba. (n=100). El muestreo probabilístico aleatorio simple. El tamaño de la muestra se conformó por 20 Enfermeras/os Profesionales. La fuente: primaria. La técnica: la observación. El instrumento: Lista de Cotejo constituida por los indicadores que comprenden las dimensiones a evaluar relacionadas con la variable en estudio diseñada y preparada. La variable en estudio fue: “Acciones de cuidados que realizan los enfermero/as a madres sin pareja que tienen a sus hijos críticamente enfermos o que mueren” en el Hospital Materno Provincial, las dimensiones fueron de *Conocimientos, Estar con, Hacer por, Posibilitar, Mantener las creencias*.

Para demostrar la validez del instrumento elegido que cumplió con las premisas de confiabilidad y validez se llevó a cabo una prueba piloto seleccionando al azar 4 enfermeros/as, los cuales no formaron parte de la población en estudio.

Los datos fueron analizados según escala nominal y ordinal por lo cual se les asignó un número que facilitó su categorización y determinaron las acciones de cuidado que realizan enfermeros/as a las madres sin pareja que tienen a sus hijos críticamente enfermos o que mueren durante la hospitalización.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos de las observaciones realizadas en los espacios de trabajo de enfermeros/as se organizaron para su presentación según la teoría de cuidado de Kristen Swanson (citado por Carolina Enríquez Guerrero, 2014), modelo del cuidado que integra tanto al/la enfermero/a como al que es cuidado

involucrando una serie de procesos de acciones que integran la estructura del cuidado en diferentes dimensiones.

La primera dimensión considerada fue el *Conocimientos* se identificó que los/las enfermeros/as logran comprender a las pacientes que cuidan generando un vínculo de confianza mutuo en un total de 63% está presente y un 37% ausente.

Tabla 1

Acciones de Cuidados según dimensión “Conocimientos” que realizan enfermeros/as en la atención de las madres sin pareja en el Hospital Provincial de la Ciudad de Córdoba en el año 2019.

Conocimiento	Presente		Ausente		Total	
	f	%	f	%	f	%
Ayuda a la madre a Comprender sobre lo que está pasando su Hijo	16	80	4	20	20	100
Evalúa los factores que más afectan a la madre en los procesos de cuidado del bebe	6	30	14	70	20	100
Proporciona un ambiente confiable y seguro	16	80	4	20	20	100
Total	38	63	22	37	60	100

Fuente: elaboración propia.

Al valorar la dimensión *estar presente* los datos expresan que los/las enfermero/as demuestran disponibilidad tanto física como emocional para con las pacientes; se encontró un total de 60% está presente y 40% ausente, en este cuidado.

Tabla 2

Acciones de Cuidados que realizan enfermeros/as en el “estar con”, frente a la atención de madres sin pareja que tienen a su hijo críticamente enfermo o que muere en el Hospital Provincial de la Ciudad de Córdoba en el año 2019.

Estar con	Presente		Ausente		Total	
	f	%	f	%	f	%
f						
Mantiene el contacto haciéndole saber la disponibilidad incondicional para erradicar dudas e inquietudes	12	60	8	40	20	100
Total	12	60	8	40	20	100

Fuente: elaboración propia.

En las acciones de *cuidados* que se refieren con respecto a reconocer si los/las enfermeros/as se comprometen con sus pacientes al punto de hacer por ellas/os lo que harían por si mismas/os arrojó un total 72,5% presente y un 27,5% ausente.

Tabla 3

Acciones de Cuidados en “hacer por”, los enfermero/as a las madres sin pareja que tienen a su hijo críticamente enfermo o que muere en el Hospital Provincial de la Ciudad de Córdoba en el año 2019.

Hacer Por	Presente		Ausente		Total	
	f	%	f	%	f	%
Conforta a la madre en los procesos de dolor	12	60	8	40	20	100
Preserva el vínculo enfermero/as madre e hijo	17	85	3	15	20	100
Total	29	72,5	11	27,5	40	100

Fuente: elaboración propia.

Tabla 4

Acciones de Cuidados que “posibilitan” la atención de enfermeros/as a las madres sin pareja que tienen a su hijo críticamente enfermo o que muere en el Hospital Provincial de la Ciudad de Córdoba en el año 2019.

Posibilitar	Presente		Ausente		Total	
	f	%	f	%	f	%
Posibilita a la madre interconsulta con el servicio de salud mental	4	20	16	80	20	100
Da la posibilidad a la madre de ponerse en contacto con un sacerdote o un pastor según sus creencias si así lo requiere	8	40	12	60	20	100
Informa a la madre sobre la importancia de “estar” al lado de su hijo	6	30	14	70	20	100
Total	18	30	40	70	60	100

Fuente: elaboración propia.

En relación con descubrir si los/las enfermeros/as posibilitan el paso de estas pacientes por esta experiencia o, si por lo contrario lo dificultan, se destacó un total del 30% está presente y un 70% ausente.

Tabla 5

Acciones de cuidados que realizan enfermeros/as para “mantener las creencias” de las madres en sí misma como capaces de superar su situación en el Hospital Provincial de la Ciudad de Córdoba en el año 2019.

Mantener las creencias	Presente		Ausente		Total	
	f	%	f	%	f	%
Promueve la confianza en las madres	17	85	3	15	20	100
Motiva a las madres a encontrar el significado de la situación	8	40	12	60	20	100
Conoce las preocupaciones de las madres	17	85	3	15	20	100
Total	42	70	18	30	60	100

Fuente: elaboración propia.

Al analizar los resultados obtenidos con respecto a conocer si los/las enfermeros/as ayudan a mantener las creencias de las madres en sí mismas como capaces de superar su situación se obtuvo un total del 70% presente y 30% ausente.

Tabla 6

Acciones de cuidados que realizan enfermeros/as para ayudar a las madres sin pareja que tienen a su hijo recién nacido críticamente enfermo o que mueren del Hospital Provincial de la Ciudad de Córdoba año 2019.

Acciones de Cuidados	Presente %	Ausente %	Total
Conocimientos	63	37	100
Estar con	60	40	100
Hacer por	72,5	27,5	100
Posibilidades	30	70	100
Mantener creencias	70	30	100

Fuente: elaboración propia.

Analizado los resultados, los cuidados no sólo físicos sino espirituales hacia el recién nacido y su madre, se ven influenciados por el entorno en el que se configura la estructura del cuidado: madres del interior, en su mayoría con escasos recursos; situación familiar compleja; el aumento de madres jóvenes con antecedentes toxicológicos; la poca comunicación con el servicio de salud mental; la pérdida de expectativas generadas durante el embarazo y la separación del bebé generando un retraso en el vínculo entre ambos, hacen que la comunicación con las/los enfermeras/os demande una información, orientación y consuelo aún mayor de lo habitual.

Respecto de la variable en estudio Acciones de Cuidados “teoría de los cuidados” de Kristen Swanson (2012), donde manifiesta que cuidados es un proceso que integra la estructura del cuidado, se pudo lograr el objetivo propuesto en la investigación.

Con respecto a los Conocimientos se identificó que los/las enfermeros/as logran comprender a las pacientes que cuidan generando un vínculo de confianza mutuo, un total de 67% presente y 37% ausente. Ayudando a la madre a comprender sobre lo que está pasando con su hijo: un 80% presente y 20% ausente. Evaluar los factores que más afectan a la madre en el proceso del Cuidado del bebé: un 30% presente y 70% ausente. Proporcionar un ambiente confiable y seguro: un 80% sí y un 20% ausente.

Según los datos obtenidos en la relación a determinar si los/las enfermeros/as demuestran disponibilidad para con las pacientes tanto física como emocional de Estar con se encontró un total 60% presente y 40% ausente. Manteniendo contacto y haciéndole saber la disponibilidad incondicional para Erradicar dudas e inquietudes un 60% presente y 40% ausente.

Con respecto a reconocer si los/las enfermeros/as se comprometen con sus pacientes al punto de hacer por ellas/os lo que harían por si mismos arrojó un total de 72,5% presente y 27,5% ausente. Conforta a la madre en los procesos de dolor un 60% presente y 40% ausente y Preserva el vínculo enfermeros/as-madre e hijo mediante el cuidado un 85% presente y 15% ausente.

En relación con descubrir si los/las enfermeros/as posibilitan el paso de estas pacientes por esta experiencia o, si de lo contrario lo dificultan, se destacó un total del 30% está presente y un 70% ausente. Posibilitando a la madre interconsulta con el servicio de salud mental 20% presente y 80% ausente. Da la posibilidad a la madre ponerse en contacto con un sacerdote o un Pastor según sus creencias si lo requiere un 40% presente y 60% ausente e Informar a la madre sobre la importancia del “estar” al lado de su hijo 30% presente con un 70% ausente.

Al analizar los resultados obtenidos con respecto a conocer si los/las enfermeros/as ayudan a mantener las creencias de las madres en sí mismas como capaces de superar su situación, se obtuvo un total del 70% presente y 30% ausente. Promueve la confianza en las madres si un 85% presente y un 15% ausente. Motiva a la madre a encontrar el significado de la situación un 40% presente y 60% ausente y Conoce las preocupaciones de las madres un 85% presente y 15% ausente.

Preservar el vínculo entre madre/hijo enfermeros/as, hacerle saber que su bebe está seguro y entendiendo por lo que están pasando en ese momento, son cuidados que logran el bienestar y promoción de la salud. A través de la explicación de sus cuidados y un conjunto de acciones observadas hace que se vea reflejado en la mayoría de estas madres un rostro relajado y de tranquilidad al paso de las horas en la sala de UCIN donde se encuentra su hijo Kristen Swanson (citado por Carolina, 2014) refiere que:

El recién nacido es un paciente que requiere del personal de enfermería una atención de cuidados constante y precisa ya que éstos no comunican de forma verbal; por lo tanto, los sentidos y el conocimiento son de máxima agudeza, rapidez y precisión. Por lo que el accionar de enfermería es de gran eficiencia y eficacia.

Por otro lado, estas madres se encuentran solas con gran nivel de angustia y estrés.

El cuidado centrado en la familia es un enfoque que considera al/la paciente y a su entorno como una única unidad de cuidado que requiere una atención de ayuda, apoyo y asesoramiento por parte de los profesionales de enfermería.

Diferentes autores coinciden en que cuidar es proporcionar, desde una mirada holística al/la paciente y su entorno, un ambiente seguro generando confianza y asimilando diversidad de percepciones. Para que los cuidados no queden sólo en la mecanización.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Por lo que indagando los cuidados proporcionados y observando los resultados obtenidos, enfermería brinda cuidados teniendo en cuenta el conocimiento empírico, ético, personal, está emocionalmente presente y conforta, de manera equilibrada y media; posibilita conocimiento e información a las madres sobre los procedimientos, arrojó el porcentaje más bajo de las dimensiones planteadas y mantener las creencias ayudando a la madre a salir adelante junto con, confortar, actuar con habilidad y competencia han logrado el porcentaje más alto de esta investigación. Estos resultados coinciden con los hallazgos de Watson (citado por Gómez, 2015) y de Castañeda “et al” (2014).

Si bien enfermería es el pilar para el cuidado en recién nacidas/os internadas/os en UCIN, se observó que en el campo del conocimiento social para abordar estas situaciones estresantes como el acompañar a las madres que atraviesan esta etapa, es para la profesión un camino que se orienta en forma positiva pero aún falta mucho por recorrer.

REFERENCIAS

- Anguera, M. (2015). *Competencia humanística en enfermería*. Universitat Internacional de Catalunya.
http://repositori.uic.es/bitstream/handle/20.500.12328/854/TFG_Mar%C3%ADa%20Miralles%20Anguera_2013.pdf?sequence=7
- Bautista, P. (2014). *El duelo ante la muerte de un recién nacido*. Rev. Fundasamin (pp.23-25).
<http://fundasamin.org.ar/newsite/wp-content/uploads/2014/01/El-Duelo-ante-la-muerte-de-un-rci%C3%A9n-nacido.pdf>

- Bravo de Quintana, K. E. (2018). *Actitud del enfermero(a) hacia la muerte y la condición del paciente terminal en hospitalización y emergencia del hospital regional Lambayeque 2018*.
<https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/5029>
- Cabal, V. E, Guarnizo M. (2011). *Enfermería como disciplina*. Rev. Colombiana de Enfermería. Bogotá D.C. Colombia. ISSN:2346-2000 (En línea).
<https://revistacolombianadeenfermeria.unbosque.edu.co/article/view/1436>
- Campos González, A. et al. (2018). *Estrés en madres de recién nacidos ingresados a unidad de cuidados intensivos*. Rev. Cubana Obstet. Ginecol. vol.44 no.2 Ciudad de la Habana abr.-jun. 2018.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000200008
- Carolina, L. (2014). *Desarrollo del Conocimiento en Enfermería*. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Dirección de Extensión e Investigación. ISSN: 1692-8733.
http://enfermeria.bogota.unal.edu.co/fileadmin/21_SIC/Memorias_PDF/memoria_seminario_XXIV.pdf
- Castañeda, M.; y Larguía, M. (2014). *Muerte digna en neonatología*. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón, S.
<https://www.sarda.org.ar/images/2012/98-99%20Larguia%20Editorial.pdf>
- CEPAL UNICEF. (2014). *La evolución de las estructuras familiares en américa latina, los retos de la pobreza la vulnerabilidad y el cuidado*. Publicación de las Naciones Unidas. [documento electrónico]
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/36717/S2014182_es.pdf?sequence=1
- Chavero, R. (2017). *La familia del paciente crítico, sus necesidades y el abordaje de Enfermería*. Especialidad en Enfermería en el Cuidado del Paciente Crítico. (Trabajo final de posgrado). UNC. Córdoba. Argentina.
<http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/chavero-roxana.pdf>
- Falcón Villaitodo, M. (2017). *Manejo del estrés en padres con recién nacidos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales*. (Trabajo final de grado). Universitat de Lleida. España.
<https://repositori.udl.cat/bitstream/handle/10459.1/59951/mfalconv.pdf?sequence=1>

- Herreros Ferrer, M. T. (2015). *La respuesta psicosocial de padres y madres de recién nacidos prematuros ingresados a unidad de cuidados intensivos neonatales y los cuidados de enfermería*. Lista de trabajos académicos facultad de medicina y enfermería.
<https://addi.ehu.es/handle/10810/16364>
- Jordi Gil, M. (2019). *Las cinco etapas del duelo*. Gestat Salut. [sitio web].
<https://www.gestaltsalut.com/cinco-etapas-duelo/>
- Juárez Rodríguez, P. A. y García Campos, M. L. (2009). *La importancia del cuidado de enfermería*. Rev. De Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social.17 (2).
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=24975>
- Larguia, M. (2012). *Muerte digna en neonatología*. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 2012;31(3).
<https://www.sarda.org.ar/images/2012/98-99%20Larguia%20Editorial.pdf>
- Lupica, C. (2014). *Juventud y vulnerabilidad social en argentina*. Informes de coyuntura social (vol 45). Recuperado de: OMS | Enfermería - WHO | World Health Organization.
[www.who.int > topics > nursing](http://www.who.int/topics/nursing)
- Maternidad Segura y Centrada en la Familia [MSCF] con enfoque intercultural. (2018) *Un nuevo modelo integrado*. [2º Edición]. MSCF. UNICEF. Maternidad Segura y Centrada en la Familia – Publicaciones.
Recuperado de: [www.unicef.org > argentina > informes > maternidad-se](http://www.unicef.org/argentina/informes/maternidad-se)
- Martins Castro, F., Johanson da Silva, L., Leite de Souza Ferreira Soares, Rachel, Moreira Christoffel, Marialda, & Conceição Rodríguez, E. (2015). *El primer encuentro del padre con el bebé prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales*. Index de Enfermería, 24(1-2), 31-34.
<https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000100007>
- Noguera y Villamizar. (2014). *Un milagro de vida de la teoría a la práctica de la enfermería*. Rev. Colombiana de Enfermería 9(9).
<https://revistacolombianadeenfermeria.unbosque.edu.co/article/view/572>
- OMS. (2019). *Enfermería; World; Healt Organizations*.
Recuperado de [https://www.who.int > topics > nursing](https://www.who.int/topics/nursing)

- Parra, F. M. y Oviedo Marquina, M. (2019). *El cuidado humano de madres y padres durante la hospitalización del recién nacido*. Biblioteca las Casas, 5(1). Universidad de Carabobo y Universidad de Los Andes, Venezuela. <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0408.pdf>
- Peralta López, F. y Arellano Torres, A. (2015). *Familia y Discapacidad. Una perspectiva teórica aplicada del enfoque centrado en la familia*. Redalyc. pp.22. <https://www.redalyc.org/pdf/2931/293122000018.pdf>
- Rea Amaya, A. C., Aclé Tomasini, G., Ampudia Rueda, A. & García, M. (2014). *Caracterización de los conocimientos de las madres sobre la discapacidad de sus hijos y su vínculo con la dinámica familiar*. Universidad Nacional Autónoma de México. Acta colomb. psicol. 17 (1): 91-103, 2014. doi: 10.14718/ACP.2014.17.1.10. <http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v17n1/v17n1a10.pdf>
- Rodríguez Campo, V. A. y Valenzuela Suazo, S. (2012). *Teoría de los cuidados de Swanson y sus fundamentos, una teoría de mediano rango para la enfermería profesional en Chile*. Enferm. glob. vol.11 no.28 Murcia oct. 2012. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000400016

**ASPECTOS DE LA MOTIVACIÓN QUE INFLUYEN EN LA
ELECCIÓN DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
EN HOMBRES Y MUJERES INGRESANTES A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CÓRDOBA - AGOSTO - OCTUBRE DE 2019 ***

**ASPECTS OF MOTIVATION THAT INFLUENCE THE CHOOSING
OF THE NURSING COURSE IN NEW MALE AND FEMALE
STUDENTS OF THE NATIONAL UNIVERSITY OF CÓRDOBA -
AUGUST TO OCTOBER 2019**

**ASPECTOS DA MOTIVAÇÃO QUE INFLUENCIAM NA ESCOLHA
DA CARREIRA DE ENFERMAGEM EM HOMENS E MULHERES
INGRESSOS NA UNIVERSIDADE NACIONAL DE CÓRDOBA -
AGOSTO - OUTUBRO 2019**

Autores: Ibaceta, Laura Carolina¹; Llampa, Carlos Alfredo²; Ruiz, Valeria Lilian³

RESUMEN

Introducción: la elección de una carrera universitaria acarrea una multiplicidad de dificultades tanto académicas como personales, dificulta la salud y bienestar de los alumnos debido a las características emocionales, culturales y de desarrollo. Actualmente, la Licenciatura en Enfermería en la Universidad Nacional de Córdoba, ha tenido una gran demanda, viéndose un aumento en el número de alumnos en el ciclo de ingreso; en el cual se percibe que existe la incorporación de la imagen del sexo masculino a la carrera. Esto ha generado una reestructuración del pensamiento enfermero tanto en los profesionales como en los docentes, pacientes y el equipo interdisciplinario. **Objetivo:** determinar cuáles son los aspectos de la motivación que influyen en la elección de la carrera de enfermería de ingresantes a la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Córdoba en el año 2019. **Material y métodos:** el estudio fue descriptivo y comparativo de corte transversal. La población fueron los ingresantes a la carrera, año 2019, (n=364). Instrumento, cuestionario auto administrado. **Resultados:** La edad el 32% de estudiantes ronda entre los 21 y 40 años. El sexo que más prevalece es el femenino con 71%. Las *dimensiones intrínsecas*, la necesidad de bienestar es de mayor elección con un 100%, la obtención de un título universitario fue un 67% en hombres y 80% en mujeres. La autoeficacia y autoestima corresponde a un 100%, y en las experiencias personales y familiares de mayor elección son de mujeres con 79%, mientras que en hombres es del 75%. Las *dimensiones extrínsecas* la necesidad de superación y de reconocimiento de la imagen del estudiante

* Trabajo final para acceder al título de grado de la Licenciatura en Enfermería.

1. Lic. en Enfermería. Hospital Materno Provincial Dr. Raúl Felipe Lucini de Córdoba Capital.
Contacto: lauraibaceta@gmail.com - <https://orcid.org/0000-0003-3682-6958>

2. Lic. en Enfermería. Sanatorio Allende sede Nueva Córdoba. Unidad de Terapia Intensiva.
Contacto: alfredollampa398@gmail.com - <https://orcid.org/0000-0002-3984-1152>

3. Lic. en Enfermería. Sanatorio Allende sede Nueva Córdoba. Unidad de Terapia Intensiva.
Contacto: ruiz41517@gmail.com - <https://orcid.org/0000-0001-5116-1523>

corresponde un 76% en mujeres y un 33% en hombres, el incentivo laboral corresponde un 100%, el incentivo económico un 58% para hombres y 48% mujeres. **Discusión Conclusión:** una comparación entre los aspectos de la motivación intrínsecas y extrínsecas, tanto en los hombres como mujeres, la mayoría de los estudiantes se sienten identificados con varias sub dimensiones e indicadores, ya que ellos son participantes activos en el proceso de formación. Marshall Reeve (2010) afirma que: “Los incentivos siempre proceden un comportamiento y al hacerlo crean en la persona una expectativa de que está próxima una consecuencia ya sea atractiva o desagradable”.

Palabras clave: elección de la carrera, motivación, enfermería, ingreso.

ABSTRACT

Introduction: The choosing of a university course of studies involves multiple difficulties such as academic and personal ones and interferes with the students' health and well-being due to emotional, cultural and developmental characteristics. At present time, the Nursing Licentiate Course at the National University of Córdoba has been in great demand and, thus, the number of students at the introductory course has increased, signaling the introduction of the image of the male student to the course. This fact has generated the restructuring of nursing thought for professionals, educators, patients and for the interdisciplinary team. **Objective:** To determine the aspects of motivation that influence the choosing of the Nursing Course of new students of the National University of Córdoba in the year 2019. **Material and Methods:** The study was descriptive, comparative and cross-sectional. The population was composed of the new students of the 2019 course, (n=364). **Instrument:** Self-administered questionnaire. **Results:** 32 % of the students are between 21 and 40 years of age. The prevalent gender is the female one with 71 %. **Intrinsic dimensions:** The need for well-being is mostly chosen by 100 %. Obtaining a university degree displayed 67% in men and 80% in women. Self-efficacy and self-esteem displayed 100 %; regarding the personal and family experiences, women showed 79 %, while men displayed 75 %. **The extrinsic dimensions:** the need for self-improvement and recognition of the student image displays 76% in women and 33% in men. The work incentive shows 100%. The economic incentive displays 58 % for men and 48 % for women. **Discussion and Conclusion:** After comparing the intrinsic and extrinsic aspects of motivation in men and women, it was observed that most of the students feel identified with various subdimensions and indicators since they are active participants in the learning process. Marshall Reeve (2010) claims that the incentives always precede behavior and, in doing so, they create in the person an expectation that attractive or unattractive consequences are forthcoming.

Key words: Course choice. Motivation. Nursing. Introductory course.

RESUMO

Introdução: a escolha pela carreira universitária acarreta uma multiplicidade de dificuldades acadêmicas e pessoais, prejudica a saúde e o bem-estar dos alunos devido às características emocionais, culturais e de desenvolvimento. Atualmente, o Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Nacional de Córdoba, tem sido muito procurado, observando-se um aumento no número de alunos no ciclo seletivo; no qual se percebe que há a incorporação da imagem do sexo masculino à carreira. Isso gerou uma reestruturação do pensamento da enfermagem tanto nos profissionais como nos professores, nos pacientes e na equipe interdisciplinar. **Objetivo:** determinar quais são os aspectos motivacionais que influenciam na escolha da carreira de enfermagem dos ingressantes na Escola de Enfermagem da Universidade Nacional de Córdoba em 2019. **Material e métodos:** o estudo foi transversal de corte descritivo e comparativo. A população foi os recém-chegados à carreira, ano de 2019, (n = 364). **Instrumento,** questionário autoaplicável. **Resultados:** 32% dos alunos têm entre 21 e 40 anos. O sexo mais prevalente é o feminino com 71%. Nas dimensões intrínsecas, a necessidade de bem-estar é a maior escolha com 100%, a obtenção do diploma universitário foi de 67% nos homens e 80% nas mulheres. A autoeficácia e a autoestima correspondem a 100%, sendo que nas experiências pessoais e familiares a maior escolha é das mulheres com 79%, enquanto nos homens é de 75%. As dimensões extrínsecas a necessidade de melhorar

e reconhecer a imagem do aluno correspondem a 76% nas mulheres e 33% nos homens, o incentivo ao trabalho corresponde a 100%, o incentivo econômico a 58% para os homens e 48% para as mulheres. Conclusão da Discussão: uma comparação entre os aspectos intrínsecos e extrínsecos da motivação, tanto em homens quanto em mulheres, a maioria dos alunos se sente identificada com várias subdimensões e indicadores, por serem participantes ativos do processo de formação. Marshall Reeve (2010) afirma que: “Os incentivos sempre originam um comportamento e, ao fazê-lo, criam na pessoa uma expectativa de que uma consequência atrativa ou desagradável está chegando”.

Palavras-chave: escolha de carreira, motivação, enfermagem, renda.

INTRODUCCIÓN

La enfermería es un arte, el arte de poder brindar cuidados y realizar acciones que satisfagan las necesidades básicas de las personas ante problemas potenciales o reales de salud manteniendo su esencia de imaginación creativa, espíritu sensible, comprensión inteligente y su atractiva calidez, siendo ésta una de las bellas artes.

Según definición del Consejo Internacional de Enfermería (CIE), (citado por Lagoueyte Gómez, 2015): “La enfermería abarca los cuidados autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas” (p.1).

Históricamente, la enfermería ha sido relacionada con el sexo femenino por su rol de cuidado innato hacia las personas, sus características maternas y el mantenimiento de la vida frente a las condiciones adversas. Desde tiempos primitivos de la humanidad hasta la actualidad se han presentado varios elementos que van desde el ámbito social, cultural y religioso que marcan una evolución en las prácticas del cuidado. No podemos dejar de recordar a Florence Nightingale (1820-1910) como precursora de la enfermería moderna y profesional, quien creó el primer modelo conceptual de enfermería.

La situación de enfermería a nivel país, según Informes del Observatorio Federal de los Recursos Humanos de Salud (2015), proporcionado por el Ministerio de Salud de la Nación Argentina indican que: las pirámides de trabajadores de enfermería muestran un claro predominio de las mujeres por sobre los varones en esta actividad. También podemos observar que existe una tendencia a la incorporación de los varones, aunque de manera gradual, sobre todo en los niveles de calificación más altos (año 2013).

Entre 2007 y 2013, el número de ingresantes aumentó en un 70%. Esto da cuenta del proceso de profesionalización de las/los trabajadores de enfermería, que comenzaron a optar por la formación de nivel universitario.

La Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Córdoba fue creada el 23 de abril de 1956. Comenzó a funcionar como curso dependiente de la Escuela de Capacitación de Profesionales Auxiliares de la Medicina.

Durante el trayecto de formación, se percibe que existe la incorporación

de la imagen del sexo masculino a la carrera de enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNC, lo cual indica un notable incremento de su presencia en el accionar profesional.

Datos obtenidos con la colaboración del Centro de Estudiantes de la Escuela, son que en el año 2017 hubo alrededor de 900 inscriptos al Ciclo de nivelación, de los cuales, en relación con porcentajes de alumnas/os ingresantes, el 70% aproximadamente representó al sexo femenino y el 30% al sexo masculino.

En la Escuela de Enfermería se observa una fluctuación de alumnas/os en el período ya nombrado; desde el año 2005 el promedio de inscriptos fue de 3100 finalizando en 2015 con 2924 estudiantes.

Tomando como referencia datos del área de Estadística de la UNC (2015) se puede distinguir por género teniendo un 17% masculino y un 83% femenino. Esto muestra que, de cada 27 inscriptos 2 son varones.

Este análisis indica el aumento estadístico y no sólo informal observado en cursantes de la carrera de la Licenciatura en Enfermería respecto de la integración del varón a la carrera. En conversaciones informales entre colegas y estudiantes de enfermería de la escuela, han expresado sobre el tema de ingreso a la carrera diversas razones, opiniones y experiencias propias, tales como: *“el no haber ingresado a medicina”*; *“tengo un familiar enfermo y deseo formarme para poder asistir”*; *“por cuestiones económicas y salida laboral”*; *“vocación de servicio”*; *“tengo conocimiento empírico pero deseo profesionalizarme”*.

Contrastando los dichos de profesionales, colegas, estudiantes y la búsqueda de antecedentes científicos y consultas bibliográficas, se intenta elaborar respuestas a estos interrogantes:

- La visión de la sociedad sobre enfermería, ¿afecta en la elección de la carrera?

Según Molina & Suárez (2016): “La imagen que la opinión pública tiene sobre la enfermería es la de ser una profesión para la que se necesita una baja formación académica, de ser subordinada por otras disciplinas relacionadas con la salud. La visión actual que la sociedad percibe de la figura enfermera tiene que ver poco o muy poco con la realidad. No sólo se desconoce la formación académica necesaria para el desempeño de la profesión, sino que se desconocen las funciones y actividades que realizan”. Esta visión y desconocimiento social

sobre la enfermería muchas veces impacta en la elección de la carrera dejándola de lado como una opción o restándole importancia.

- ¿Qué posición ha ocupado el hombre en la historia de la enfermería?

Según Abdel El-Halem, El Hawashy, Gamal El-Dein & Taha (citado por Martí, 2015, p.53): La historia parece indicar que los hombres han tenido un lugar en la enfermería desde que hay documentos disponibles, pero su contribución se ha percibido como insignificante, en gran parte debido a la influencia dominante que el movimiento enfermero femenino del siglo XIX ha tenido en la historia de la enfermería.

Según Errasti-Ibarrodo, Arantzamendi, Solabarrieta & Canga-Armayor (citado por Rodríguez, Navarro, Maeso, 2016, p.2), la enfermería ha sufrido el estereotipo público durante mucho tiempo. En la literatura han sido descritas numerosas veces los clichés a los que se le ha vinculado a lo largo de la historia y los principales factores que han contribuido a ello. Algunos estudios realizados sobre la imagen pública de las enfermeras, tienden a mostrar que, a pesar del tiempo, el público continúa percibiéndolas a través de estereotipos y que éstos, han mejorado poco a lo largo del tiempo. Enfermería ha sido vista como una profesión desarrollada junto a profesionales médicos, como una prolongación de los servicios brindados por ellos, imponiéndole un carácter jerárquico que la sociedad interpreta como inferior y subordinado.

- ¿Qué factores influyen en la elección de una carrera?

Guaman Carrasco & Herrera Balladares (2019) explican que “La elección de una profesión es un proceso complejo en donde los jóvenes, en su mayoría, no se encuentran preparados, por el motivo de que existen factores motivacionales, intelectuales, personales e incluso sociales, que influyen en los jóvenes en el momento de tomar decisiones en el futuro”. Esto significa que, la elección de una carrera no obedece a un solo factor.

Según un estudio realizado por Suriá, Villegas, Rosser, & Rebollo (2012), (citado por Elena & del Carmen, 2017) el proceso de formación de estudiantes tiene una relación directa con la motivación y con las expectativas acerca de su carrera. En los últimos años las carreras profesionales de graduadas/os universitarias/os han experimentado un cambio notable; hasta hace poco tiempo las/los estudiantes cursaban sus estudios impulsadas/os por su vocación; sin embargo, en la actualidad, muchas/os estudiantes se ven obligadas/os a cursar titulaciones por las que no tienen vocación eligiéndolas, en muchos casos, por

ser las que tienen más salidas laborales o a las que pueden acceder tras sus notas de secundaria y, por tanto, reflejándose esto en su escasa motivación y a veces en el fracaso académico y deserción.

Bravo Torres & Vergara Tamayo (2018), (citado por Baigorria, 2020) estudiaron sobre los factores que determinaron la elección de la carrera profesional en estudiantes de undécimo grado de colegios públicos y privados de Barrancabermeja (Colombia). Los resultados que se obtuvieron demostraron que el factor determinante al momento de la elección de la carrera fueron los intereses personales, debido a la satisfacción que les generaba realizar una tarea que les gustaba como: curiosidad, interés por la tarea misma, satisfacción por aprender y un sentimiento de triunfo. El segundo factor relacionado con la elección de una carrera fue el de generar beneficios a la comunidad. El tercer factor por el que las/los jóvenes eligieron la carrera fue por un buen salario. Se pudo corroborar que la condición económica y familiar con más o menos recursos, jugaron un papel preponderante al momento de decidir sobre su elección. La influencia familiar no parecería haber pesado en la decisión de elección de la carrera.

- ¿Incide el género en la elección de una carrera profesional?

De acuerdo con Peña & Buschazzo (2006) (citado por Flores Hernández, & Montes, 2017) “El estudio de carreras fortalece los estereotipos sociales puesto que el accionar profesional de la mujer tiende a circunscribirse a funciones que constituyen una prolongación de sus quehaceres siendo una extensión de su labor educativa y de cuidados. En tanto, los hombres realizan actividades con mayor prestigio social y económicamente mejor remuneradas, es así como, las carreras masculinizadas siguen siendo las ingenierías en sus diversas versiones y la actividad científica” (p.75).

Peña & Buschazzo (citado por Flores Hernández, & Montes, 2017) también remarcan que “La diferenciación histórica entre labores tradicionalmente masculinas y femeninas, condicionan la elección profesional, a pesar de que en la actualidad se han quebrado algunos cánones impuestos al interior de la sociedad” (.75).

En cuanto a los factores que influyen en la elección, existen varias posturas y teorías, aun así, los vacíos de conocimientos permanecen en la profesión y en el género.

El objetivo fue determinar cuáles son los aspectos de la motivación que influyen en la elección de la carrera de enfermería en hombres y mujeres

ingresantes a la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Córdoba en el año 2019.

Definición conceptual de la variable

En este estudio se abordan “*aspectos de la motivación que influyen en la elección de la carrera de Enfermería en los hombres y mujeres ingresantes a la Escuela de Enfermería de la UNC agosto-octubre en el año 2019*” los cuales, luego de haber sido analizados y respaldados científicamente por varios autores, se toma como referencia al autor John Marshall Reeve para realizar la conceptualización de la variable.

John Marshall Reeve (2010), (citado por Sonja Totic, (2018) afirma que: “...*el estudio de la motivación se refiere a aquellos procesos que dan energía y dirección al comportamiento*” (p.13), por lo que sostiene que cada individuo actúa de acuerdo con las motivaciones recibidas, las cuales pueden ser internas o externas y, de acuerdo con ellas, es el comportamiento y conducta adoptados.

La temática fue estudiada desde dos dimensiones:

Motivaciones intrínsecas: es la propensión inherente a involucrarse en los propios intereses y ejercer las propias capacidades y, al hacerlo, buscar y dominar desafíos óptimos, que surgen de manera espontánea de las necesidades psicológicas y de los esfuerzos innatos de crecimiento. Esta conducta, ocurre en forma espontánea y no se realiza por ninguna razón instrumental.

- *Necesidad de bienestar:* estas condiciones son esenciales para toda persona y su familia para preservar la vida, crecer y obtener bienestar, tanto fisiológico como psicológico, por lo que, abordaremos el estudio desde la perspectiva de las/los estudiantes diferenciando ambos sexos; su percepción del futuro y crecimiento personal, así como la expectativa de satisfacer sus necesidades; cómo perciben a la enfermería como profesión de estereotipo y por qué la eligen; si existen motivos personales y/o familiares.

- *Obtener un título universitario:* la satisfacción y realización, como así también, la auto competencia juegan un papel sumamente importante en la vida del ser humano en sus deseos y anhelos que van a la par de su visión, creencias, concepciones y cultura; si observa la posibilidad de considerar a la enfermería como su profesión, elección de la carrera y desde qué postura enfrenta a ella. Se tendrá en cuenta la edad y la formación académica hasta el momento de la elección como así también la influencia de sus conocimientos previos.

- *Experiencias anteriores y familiares*: determinar si existen experiencias previas de haber cuidado un familiar o alguna persona cercana y saber si eso les estimula en la elección de estudiar la carrera de enfermería, como también, conocer y haber vivido con personas que tienen esta profesión creando interés, admiración y deseos de formarse profesionalmente para un futuro.

- *Expectativas de autoeficacia profesional y autoestima*: comprobar si esta dimensión permitirá que la/el estudiante se sienta libre, con autonomía, eficiente, con afinidad y gusto en lo que realiza.

Motivaciones extrínsecas: provienen de los incentivos y consecuencias en el ambiente, surge de algunas consecuencias independientes de la actividad en sí; existe como una motivación para lograr una recompensa o premio.

- *Incentivo laboral*: cómo considera la/el estudiante la perspectiva laboral, la inserción y desempeño en la profesión, la perspectiva del empleo a obtener en un futuro.

- *Incentivo económico*: la perspectiva de ingreso económico es muy importante en la elección de la carrera, ya que todo individuo desea y tiene como meta el crecimiento económico y estatus social. El hombre como jefe de familia o sustento económico de un grupo a cargo considera el estímulo económico en la decisión profesional; la mujer de la sociedad actual mantiene un rol social, económico y profesional muy importante y renovado.

- *Incentivo de superación y reconocimiento- imagen del/la estudiante sobre enfermería*: el ser humano por el solo hecho de pertenecer a una determinada sociedad cuenta con estereotipos transmitidos por diversas vías, como es el caso de la familia, los mecanismos de educación formal e informal y los medios de comunicación. Aunque posiblemente el estereotipo que con mayor fuerza es inculcado en la persona, es el de género, puesto que desde su nacimiento, la familia rotula y clasifica al/la niña/o en femenino o masculino.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo comparativo de corte transversal.

La población que se tomó como referencia para este informe, estuvo conformada por 364 estudiantes; los datos de referencia fueron ingresantes que se presentaron a la Escuela de Enfermería entre los meses de febrero-abril de 2019.

Los criterios de inclusión fueron: - Estudiantes ingresantes de sexo masculino y femenino; - Consentimiento informado firmado por las/los participantes; - Estudiantes en proceso de cambio de Facultad; - Estudiantes con formación superior previa.

Los criterios de exclusión fueron: - Estudiantes preinscritos de la misma carrera; - Estudiantes de otros años (2º, 3º, 4º y 5º); - Estudiantes que no deseen ser entrevistados.

La fuente fue primaria; fueron los propios estudiantes quienes debieron llenar la encuesta de modo anónimo y participación voluntaria.

La técnica utilizada fue en modalidad de cuestionario auto-administrado. El cuestionario incluyó 25 preguntas abiertas y cerradas las cuales fueron tabuladas según relación con la variable en estudio. La entrevista fue de carácter anónimo y voluntario.

RESULTADOS

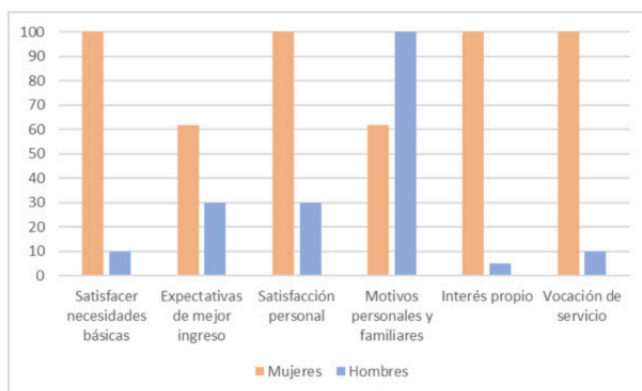
De acuerdo con el análisis de la muestra en estudio, se determinó que la edad de ingresantes a la carrera de Enfermería con mayor prevalencia corresponde a alumnas/os con edades promedio entre 21 a 30 años y más de 40 años.

También, el análisis poblacional demostró que el estado civil de estudiantes ingresantes en la carrera de enfermería, corresponde en su mayoría, en un 78%, al de estado civil soltera/o y una minoría de la muestra poblacional se encuentran con estado civil casadas/os.

Se constató que el sexo que predomina en el estudio es el género femenino con un 71% del total de participantes, a diferencia del masculino que sólo se encuentra representado en un 29%.

Figura 1

Aspectos de la motivación que influyen en la elección de la carrera de Enfermería en hombres y mujeres ingresantes a la carrera. Escuela de Enfermería FCM UNC, año 2019.

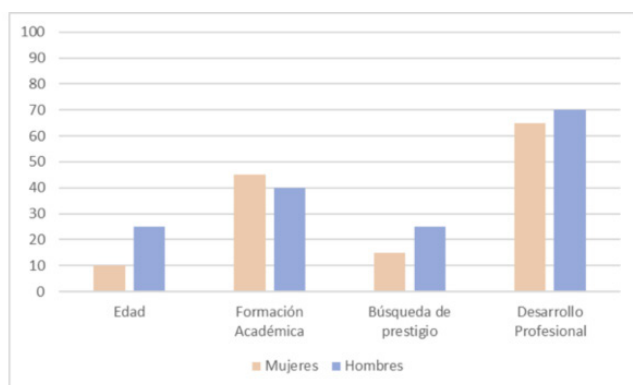


Fuente: Encuesta realizada a alumnos ingresantes a la carrera de Enfermería año 2019.

El indicador con mayor influencia del sexo femenino ha sido satisfacer las necesidades básicas, satisfacción personal, interés propio y vocación de servicio con un 100%. Mientras que sólo para el sexo masculino los motivos personales y familiares ha sido el de mayor prevalencia 100%.

Figura 2

Motivaciones intrínsecas según la obtención de título universitario. Escuela de Enfermería FCM UNC, año 2019.

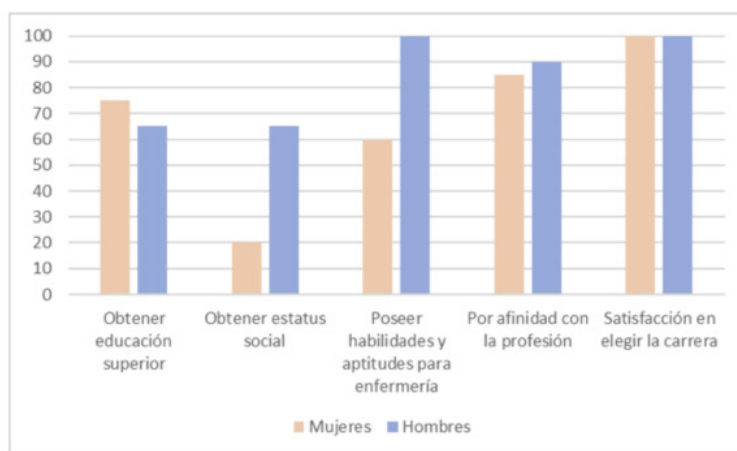


Fuente: Encuesta realizada a alumnos ingresantes a la carrera de Enfermería año 2019.

La búsqueda del prestigio profesional tiene prevalencia entre el 60 y 80%, para ambos sexos.

Figura 3

Motivaciones intrínsecas según las expectativas de autoeficacia y autoestima que influyen en la elección de la carrera. Escuela de Enfermería FCM UNC, año 2019.

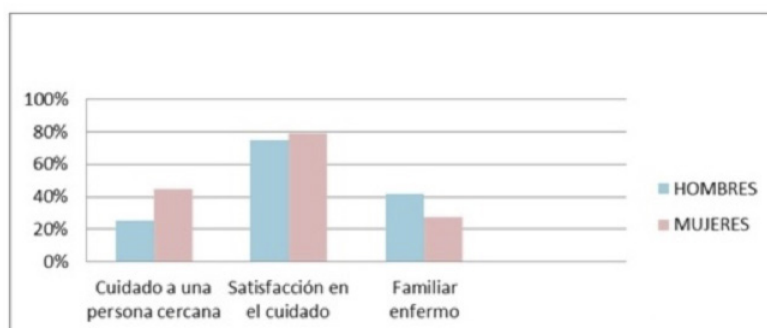


Fuente: Encuesta realizada a alumnos ingresantes a la carrera de Enfermería año 2019.

Se constató que el indicador de mayor prevalencia fue en hombres poseer habilidades y aptitudes para enfermería con 100% y en cuanto a satisfacción en elegir la carrera fue para ambos sexos iguales a 100%. El estatus social prevalece en los varones en un 70%. Obtener educación superior es la motivación destacada en mujeres con un 75% y el 90% escogió la carrera por afinidad a la profesión.

Figura 4

Motivaciones intrínsecas según las experiencias personales y familiares que influyen en la elección de la carrera de Enfermería FCM UNC, año 2019.

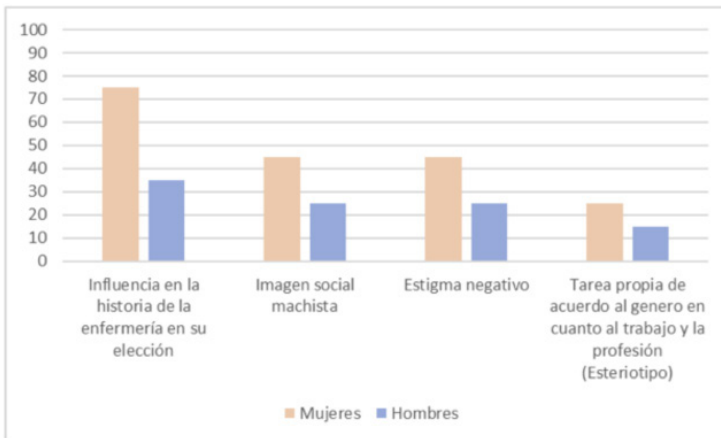


Fuente: Encuesta realizada a alumnos ingresantes a la carrera de Enfermería año 2019.

Se encontró que, tanto hombres como mujeres se ven influenciadas/os con la motivación de la satisfacción en el cuidado, obteniendo un porcentaje entre un 60% y 80%.

Figura 5

Motivaciones extrínsecas según la superación, el reconocimiento y la imagen del estudiante que influye en la elección de la carrera. Escuela de Enfermería FCM UNC, año 2019.

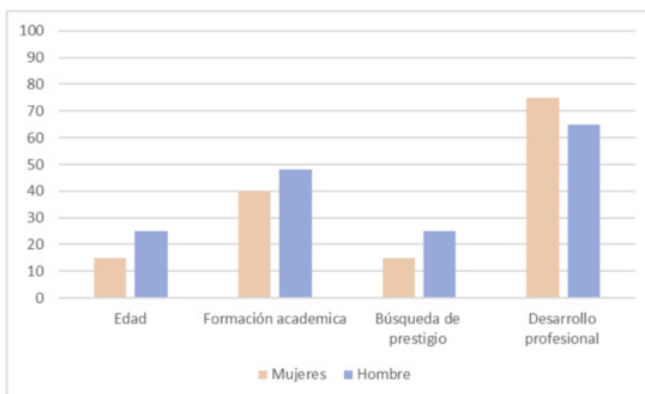


Fuente: Encuesta realizada a alumnos ingresantes a la carrera de Enfermería año 2019.

Se encontró que la motivación extrínseca se ve influenciada por la historia de enfermería a la hora de la elección a la carrera, en las mujeres con el 75% y en los hombres mayor al 30%.

Figura 6

Motivaciones extrínsecas según el incetivo laboral que influye en la elección de la carrera. Escuela de Enfermería FCM UNC, año 2019.

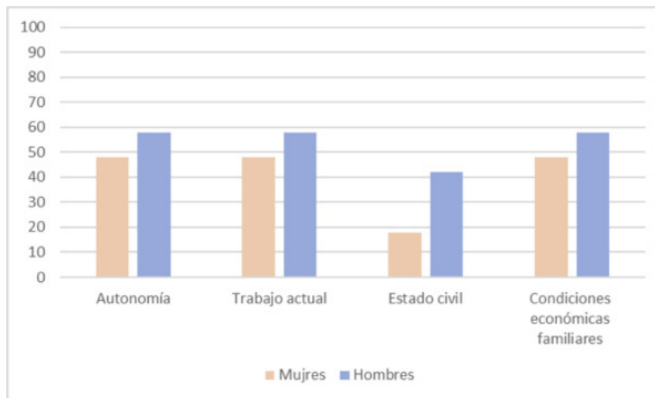


Fuente: Encuesta realizada a alumnos ingresantes a la carrera de Enfermería año 2019.

Se determinó que el incentivo laboral está ampliamente influenciado por el desarrollo profesional, seguido por la formación académica, en ambos sexos siendo para hombres: mayor al 60% y en las mujeres: mayor al 70%.

Figura 7

Motivaciones extrínsecas según el incentivo económico que influyen en la elección de la carrera. Escuela de Enfermería FCM UNC, año 2019.



Fuente: Encuesta realizada a alumnos ingresantes a la carrera de Enfermería año 2019.

En cuanto al incentivo económico queda constatado que los indicadores de mayor prevalencia fueron la autonomía, el trabajo actual y el condicionamiento económico familiar siendo mayor en hombres que en mujeres.

DISCUSIÓN

En cuanto a las motivaciones intrínsecas que influyen en el hombre y la mujer en la elección de la carrera de enfermería los resultados obtenidos fueron: en relación con las mujeres se pudo observar que su elección tiene una inclinación hacia motivos personales y familiares (cultivados por el ambiente), seguida por la necesidad de mejorar ingresos; a diferencia de los hombres, en quienes se observó una necesidad de elegir la profesión por sus propios intereses, como un desafío, relacionado con una necesidad insatisfecha, que estimulará impulsos, como lo menciona Robbin (citado por Helizandro Silva Pereira, 2016), para así tener mayor satisfacción y evitar la frustración personal, sin embargo, los motivos económicos, también influyen en gran medida en su elección (p.20).

De igual manera, la búsqueda del desarrollo profesional fue la primera elección de estudiantes de ambos sexos, seguida por la necesidad de una

formación académica y en menor medida por la edad y la búsqueda de prestigio; de ahí que como vimos en el marco teórico la persona que estudia enfermería lo hace por vocación de cuidar; sin embargo, socialmente a lo largo de la historia y actualmente es una profesión poco valorada y llena de prejuicios, siendo sólo una forma de las clases sociales baja para mejorar su situación.

También, se logró analizar en las/los estudiantes, las motivaciones relacionadas con sus expectativas de autoeficacia y autoestima. Podemos decir al respecto, según la figura 4, que la mayoría de estudiantes eligieron esta carrera por la satisfacción de ser enfermeras/os ya que Rivera Huayta (2015) explica que “elegir una profesión es elegir también un estilo de vida basado en el cuidado, la empatía y la satisfacción de mejorar y ayudar a la salud del otro como una manera de expresar la personalidad de cada uno; y en el caso de los estudiantes varones, adquirir actitudes y capacidades para lograr el mejor desempeño de las actividades de enfermería en un futuro” (p.17).

Finalmente, mencionamos a la motivación relacionada con experiencias personales y familiares, que han influido en la elección de la carrera; por tanto, se puede decir que la primera elección fue por razones personales, en ambos sexos y en menor medida por un familiar enfermo, ya que según Cárdenas (2020) “brindar cuidado significa desempeñar un papel vital y ameno para su ser querido, considerándolo como una experiencia gratificante” (p.23).

De acuerdo con esto y con lo estudiado, establecemos que la motivación intrínseca es la disposición esencial a involucrarse en los propios intereses de cada ser humano para que así éste logre ejercer las propias capacidades que le motiven a realizar una cosa que le genere satisfacción.

En resumen, acerca de esto, Tomé (2017) afirma que: “Siempre se ha considerado interesante comprender la motivación que guía para escoger la profesión de enfermería y lo que impulsa a continuar en ella. Sabiendo que puede llegar a ser dura, agotadora, estresante y en ocasiones hasta ingrata. Si bien es cierto que algunos alumnos empiezan a estudiar enfermería sin vocación, entran motivados y eso es lo que les hace seguir adelante” (p.9).

Las motivaciones extrínsecas que influyen en el hombre y la mujer, en la elección de la carrera de enfermería, relacionado con la necesidad de superación y reconocimiento, se ve influenciada por la historia de enfermería a la hora de la elección de la carrera, en las mujeres con el 75% y en los hombres mayor al 30%.

Los autores Fuentes-Plough & Ojeda-López (2017) establecen que “enfermería es una ciencia humanista y social que, como tal, requiere de metodología, estudio y conocimiento científico, ha sido una labor que tradicionalmente se ha conferido a las mujeres por ser, de cierta manera, una continuación de los trabajos que realizan en el hogar, no solamente en lo que se refiere a los aspectos instrumentales o técnicos requeridos para un adecuado cuidado de las personas y para procurar su bienestar y buen estado de salud, sino también en las actitudes afectivas y empáticas que caracterizan a esta profesión. Aunque en la actualidad el área de enfermería en los hospitales se ha individualizado y ha tenido distinción y relevancia por sí misma, sigue teniendo en gran medida la característica de la obediencia” (p.6).

Por otro lado, Peña & Buschazzo (citado por Flores Hernández, & Montes, 2017) remarcan que “La diferenciación histórica entre labores tradicionalmente masculinas y femeninas, condicionan la elección profesional, a pesar de que en la actualidad se han quebrado algunos cánones impuestos al interior de la sociedad”(p.75).

Por último, respecto de la motivación relacionada con el incentivo económico, queda constatado que los indicadores de mayor prevalencia fueron la autonomía, el trabajo actual y el condicionamiento económico familiar. Estos indicadores reflejan que en mayor porcentaje influyen más en el hombre que en las mujeres.

En contexto de este factor, el autor Johnmarshall Reeve (2010), (citado por Sonja Tomic, 2018) refiere que “la perspectiva de ingreso económico es muy importante en la elección de la carrera, ya que todo individuo desea y tiene como meta el crecimiento económico y estatus social. El hombre como jefe de familia o sustento económico de un grupo a cargo considera el estímulo económico en la decisión profesional. La mujer de la sociedad actual que mantiene un rol social, económico y profesional muy importante y renovado”. (p.13).

Al comparar los aspectos de la motivación que se destacan en el hombre y en la mujer y a raíz del análisis y estudio de los datos obtenidos, se determinó que ambos sexos están igualmente capacitados para desempeñar el mismo rol.

También, se observó que en la actualidad las visiones sociales arraigadas históricamente se han ido modificando y cambiando, por lo que ya no existen diferencias, ni conjeturas entre las personas del sexo masculino que tienen interés, vocación o afinidad por elegir la carrera.

CONCLUSIÓN

Se logró conocer los aspectos de la motivación que influyen en la elección de la carrera de enfermería que se presentaron en estudiantes tales como se refleja en este estudio y como lo destaca el autor John Marshall Reeve (2010), (citado por Sonja Tasic, (2018).

Las subdimensiones más importantes fueron la obtención de un título universitario, experiencias anteriores y familiares, expectativas de autoeficacia profesional y autoestima; como así también, el incentivo laboral, el incentivo económico, incentivo de superación y reconocimiento y la imagen del/la estudiante sobre enfermería. Este último influye en los estereotipos, sin generar prejuicios, lo que contribuye en favor del sexo masculino.

Estas subdimensiones inciden de forma positiva a la hora de escoger una carrera, de acuerdo con sus intereses y ejercer las propias capacidades buscando y experimentando desafíos.

Las/los estudiantes, para tener éxito a la hora de optar por una carrera deberán reflexionar qué es lo que les motiva para decidir su futuro y así evitar el desinterés, la deserción académica y laboral.

REFERENCIAS

Abdel, E., Halem, E., Hawashy, G., Dein, E. (2015). *Reflexiones de José Martí sobre Medicina y salud*. Revista Cubana de Enfermería. Versión impresa ISSN 0864-0319 versión On-line ISSN 1561-2961.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000100012

Baigorria, C. (2020). *Relación entre el autoconcepto y la motivación para la elección de la carrera de enfermería*. (Tesis de Doctorado). Universidad UADE, Buenos Aires, Argentina.

<https://repositorio.uade.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/123456789/12482/baigorria%20-%20tif.pdf?sequence=1>

Blanco Bravo, A. S. & Lezama, A. S. (2017). *Factores intrínsecos y extrínsecos que influyen en la motivación personal de los estudiantes de segundo año de enfermería León I semestre, 2013*. (Monografía de Licenciatura). Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de enfermería. FCM. UNC.

- Bravo Torres & Vergara Tamayo (2018). *Factores que determinan la elección de carrera profesional*. Citado por Baigorria, Cynthia, 2020. ISSN-e 2145-2776, Vol. 12, N°. 20, 2018 (Ejemplar dedicado a: enero-junio 2018), págs. 35-48. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6309708>
- Cárdenas Martínez, C. A. (2020). *Intervención de enfermería basada en la dinámica del cuidado para la sobrecarga de cuidadores familiares de adultos mayores dependientes hospitalizados*. (Tesis de Maestría). Universidad de la sabana. Colombia. <https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/42740/Tesis%20Camila%20C%C3%A1rdenas%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- CIE (Consejo Internacional de Enfermeras (2015). *El cuidado de enfermería a los grupos humanos*. Citado por: María Isabel Lagoueyte Gómez. Universidad de Antioquia. Colombia. Publicado en: Rev. Univ. Ind. Santander. Salud vol.47 no.2 Bucaramanga May/Aug. 2015. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072015000200013
- Errasti-Ibarrondo, A., Solabarrieta & Canga-Armayor, S. (2016). *Imagen Social e Identidad Profesional de la Enfermería*. https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/680310/canto_hernando_angelatfg.pdf?sequence=1
- Fuentes Plough, J. S. & Ojeda López, R. N. (2017). *Componentes de la enfermería asociados al género y su relación con el desarrollo profesional*. Revista de enfermería del instituto mexicano del seguro social 25(3), 201-211. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=73573>
- Guaman Carrasco, T. D. & Herrera Balladares, C. F. (2019). *Factores motivacionales en la elección de la profesión de enfermería en la Universidad Central del Ecuador en el año 2019*. (Tesis de Grado) Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas, Matanzas, Cuba. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/47809>
- Molina & Suarez (2016). *Imagen social de Enfermería. Universidad Abierta Interamericana*. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Lic. en Enfermería. <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC130900.pdf>

Observatorio Federal de los Recursos Humanos de Salud (2015). Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Indicadores de la pirámide de trabajadores de enfermería.
<https://www.argentina.gob.ar/salud/observatorio>

Peña & Buschazzo (2006). *Interiorización de los estereotipos de género en la sociedad argentina y el ideal de belleza en los mensajes publicitarios*. Citado por: Flores Hernández, & Montes, 2017. [Tesis Doctoral].
<https://eprints.ucm.es/id/eprint/47905/1/T39985.pdf>

Peña & Buschazzo (2017). *Socialización y Sociabilidad de género en un escenario universitario altamente masculinizado*. *Feminismo/s* 0(29), 71-98. Citado por: Flores Hernández, & Montes, 2017).
<https://feminismos.ua.es/article/view/2017-n29-socializacion-y-sociabilidad-de-genero-en-un-escenario-universitario-altamente-masculinizado>

Rivera-Huayta. (2015). *Elegir una profesión significa elegir el futuro. Mirada a la dialéctica: motivación-elección profesional*. Citado por: Annia Almeyda Vázquez. Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana, Cuba.
<https://integracion-academica.org/attachments/article/86/06%20Elegir%20profesion%20-%20AAlmeyda.pdf>

Silva Pereira, H. (2016). *Estudio Descriptivo de la relación entre la motivación, cambio organizacional y de resistencia al cambio del personal del estado mayor de la Brigada 13 del Ejército Nacional de Colombia en el 2016*. (Tesis de Grado). Universidad Militar Nueva Granada Facultad de Estudios a Distancia Administración de Empresas a Distancia, Bogotá, Colombia.
<https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/15773/silvape-reirahelizandro2016.pdf;jsessionid=86af6b6d512211b5b19c78ea0f1e43a6?sequence=3>

Sonja Tosic, S. (2018). *La importancia de la motivación en el proceso de adquisición del español como l2*. (Tesis de Maestría). Universidad Wien. Viena, Alemania.
<http://othes.univie.ac.at/55146/1/58514.pdf>

Suriá, V., Rosser, R. et al. (2017). *Escenarios educativos investigadores: hacia una educación sostenible*. Madrid: Editorial DYKINSON, S.L.
https://www.researchgate.net/profile/Francisco-Garcia-Moro/publication/350872371_Pensamiento_critico_en_la_formacion_inicial_del_futuro_profesional_de_la_educacion_social/links/607716a4881fa114b4029adc/Pensamiento-critico-en-la-formacion-inicial-del-futuro-profesional-de-la-educacion-social.pdf

Tomé Elena, M. C. (2017). *Perfil motivacional del actual estudiante de enfermería*. (Tesis de Maestría). Universidad de León. España.
https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/7121/2017_maría%20del%20carmen_tomé%20elena_1722.pdf?sequence=1

UNC. (2015). *Estadísticas e Indicadores Institucionales*. Página oficial de Estadística de la Universidad Nacional de Córdoba.
<https://www.unc.edu.ar/sobre-la-unc/estadisticas>

PERCEPCION DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA EN ACTIVIDADES DE EXTENSIÓN UNIVERSITARIA EN ESCUELAS ESPECIALES

NURSING CARE STUDENTS' PERCEPTION ON UNIVERSITY EXTENSION ACTIVITIES AT SPECIAL SCHOOLS

PERCEPÇÃO DE ALUNOS DE ENFERMAGEM EM ATIVIDADES DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA EM ESCOLAS ESPECIAIS

Autores: Emilia del Valle Johannesen¹; José Sebastián Valladares²

RESUMEN

Introducción: la Universidad como “Institución social” tiene funciones de docencia, investigación y extensión Bogado y Fedoruk (2007). La Escuela de Enfermería dependiente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, cumple estas mismas funciones, siendo la Extensión Universitaria la que permite una vinculación de los estudiantes con la comunidad, atendiendo y respondiendo a sus demandas, compartiendo saberes, retroalimentándose, fomentando conductas de prevención y disminuyendo riesgos potenciales ante determinadas situaciones e imprevistos. El objetivo fue determinar las percepciones de los estudiantes de la Escuela de Enfermería FCM UNC, que participaron en la realización de actividades de Extensión Universitaria en Escuelas Especiales en 2019. Metodología: estudio retrospectivo, descriptivo y transversal, población estudiantes de la Licenciatura de Enfermería que participaron en las actividades de Extensión en escuelas especiales. El instrumento fue encuesta autoadministrada online denominada “Escala de Actitudes hacia las Personas con Discapacidad”. Resultados: 23 estudiantes participaron en actividades, en la franja etaria de 28 a 31 años que equivale al 31%. El 78% mujeres, cursando el 3° año de la carrera (34%) y 7 el 2° año (31). Respecto de los sentimientos más frecuentes que tuvieron fue miedo, ansiedad e incertidumbre. Al valorar las capacidades y limitaciones de los alumnos especiales, el 87% consideran que las personas con discapacidad no son menos inteligentes, reconocen sus derechos, poseen una actitud positiva y un buen autoconcepto. Conclusiones: Los estudiantes de enfermería poseen actitudes ante la discapacidad que se sustentan en la aceptación y el respeto de las diferencias individuales de cada persona diferente, como condición inherente a la naturaleza humana.

Palabras clave: Percepción - Estudiantes de Enfermería – Responsabilidad Social Universitaria – Escuelas de Educación Especial

1. Lic. Esp. Enfermería en Cuidado Crítico. Contacto: emilia.johannesen@unc.edu.ar - <https://orcid.org/0000-0001-7778-8615>

2. Lic. En Enfermería. Contacto: sebastian.valladares@unc.edu.ar - <https://orcid.org/0000-0001-9045-2024>

ABSTRACT

Introduction: The University as a “social institution” has teaching, research and extension functions according to Bogado and Fedoruk (2007). The Nursing School who belongs to the School of Medical Sciences of the National University of Córdoba fulfils these same functions, while it is the University Extension Department the onewhich allows the students’ connection with the community, where students take care of and answer to its demands, share knowledge, offer feedback among themselves, foster preventive behaviors and reduce the potential risks of certain situations or unforeseen events. The objective was to determine the perception of the Nursing School students (School of Medical Sciences of the National University of Córdoba) who participated in University Extension activities at special Schools in 2019. Methodology: The study was retrospective, descriptive and cross-sectional, population: Nursing Licenciade Course students who participated in Extension activities at special schools. The instrument was the online self-administered survey “The Scale of Attitudes toward Disabled Persons.” Results: 23 students who were between 28 and 31 years of age participated in these activities, which equals 31 %. 78 % of women were in their third year of studies and (34 %) and 7 women were in their second year (31 %). The feelings they experienced more frequently were fear, anxiety and uncertainty. When giving value to the skills and limitations of special students, the 87 % consider that disabled persons are not less intelligent and that they recognize their own rights and have a positive attitude and good self-concept. Conclusion: The nursing students have attitudes towards disability that are based on acceptance and respect towards the individual differences of each person as it is an inherent condition of human nature.

Key Words: Perception. Nursing Students. University Social Responsibility. Special Education Schools

RESUMO

Introdução: a Universidade como “instituição social” tem funções de ensino, pesquisa e extensão Bogado e Fedoruk (2007). A Escola de Enfermagem dependente da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nacional de Córdoba, cumpre estas mesmas funções, sendo a Extensão Universitária aquela que permite a ligação dos alunos com a comunidade, atendendo e respondendo às suas demandas, partilhando conhecimentos, fornecer feedback, promovendo comportamentos de prevenção e reduzindo potenciais riscos em determinadas situações e imprevistos. O objetivo foi conhecer as percepções dos Alunos da Escola de Enfermagem da FCM UNC, que participaram da realização de Atividades de Extensão Universitária em Escolas especiais em 2019. Metodologia: estudo retrospectivo, descritivo e transversal, população de alunos do Curso de Enfermagem que participaram das atividades de Extensão em escolas especiais. O instrumento foi uma pesquisa online autoaplicável, denominada “Escala de Atitudes em relação às Pessoas com Deficiência”. Resultados: participaram das atividades 23 alunos, na faixa etária de 28 a 31 anos, o que equivale a 31%. 78% mulheres, cursando o 3º ano do curso (34%) e 7 o 2º ano (31). Os sentimentos mais frequentes que tiveram foram medo, ansiedade e incerteza. Ao avaliar as capacidades e limitações dos alunos especiais, 87% consideraram que as pessoas com deficiência não são menos inteligentes, reconhecem os seus direitos, têm uma atitude positiva e um bom autoconceito. Conclusões: Os estudantes de enfermagem têm atitudes em relação à deficiência que se baseiam na aceitação e no respeito às diferenças individuais de cada pessoa, como condição inerente à natureza humana.

Palavras-chave: percepção - Estudantes de Enfermagem - Responsabilidade Social Universitária - Escolas de Educação Especial.

INTRODUCCIÓN

La Universidad como “Institución social” tiene funciones de docencia, investigación y extensión Bogado y Fedoruk (2007). La Escuela de Enfermería dependiente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, cumple estas mismas funciones, siendo la Extensión Universitaria la que permite una vinculación de los estudiantes con la comunidad, atendiendo y respondiendo a sus demandas, compartiendo saberes, retroalimentándose, fomentando conductas de prevención y disminuyendo riesgos potenciales ante determinadas situaciones e imprevistos Mesta y Espinosa (2013); Melero, (2013) y Bizama (2004).

La Cátedra de Enfermería del Adulto y del Anciano de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Córdoba, realiza anualmente Actividades de Extensión desde el año 1998; en el año 2019 se realizaron cinco (5) talleres de extensionistas dirigidos a escuelas secundarias especiales. Ubillos y Páez (2008) y Secretaría de Extensión y Vinculación Universitaria – UNC (2020). Los estudiantes de enfermería que cursan la carrera de Licenciatura en Enfermería aceptaron la convocatoria de participar en estos talleres, no obstante, tenían preconcepciones acerca de la discapacidad. Meléndez et al (2020); Polo y López (2006) y Solano y Siles (2013).

Por ser actividades sin antecedentes en la cátedra, se define el problema de la siguiente manera ¿qué percepción poseen los estudiantes de Enfermería de la Carrera Licenciatura en Enfermería después de participar en las actividades de extensión desarrolladas por la Cátedra de Enfermería del Adulto y del Anciano, con los alumnos secundarios de Escuelas Especiales en el periodo agosto de 2020? Obón-Marulanda y López-Giraldo (2019); Warriner (2012); Sánchez (2013) y Amezcua (2014).

Las Actividades de Extensión universitaria: son un “diálogo de saberes” que permiten la construcción de un proceso de encuentro, escucha, debate, conflicto y concertación con otros actores de la esfera pública y privada, partiendo desde enfoques que privilegian la integralidad y la participación en los problemas y temas y en la definición de las acciones García-Carpintero Blas et. al. (2015); Munsuri-Rosado y Pinado Hernandiz (2016) y Domínguez (2013).

Las prácticas académicas deben fomentar en los estudiantes capacidades y habilidades comunicativas que conduzcan al desarrollo social. Es necesario reorientarlas hacia el logro de una mayor autonomía y flexibilidad de los actores en cualquier comunidad. Se requiere crear conciencia en la comunidad

académica sobre la necesidad de debatir en torno a la definición de la responsabilidad social universitaria CRMF (2013) y Calandria et. al. (2010).

El objetivo de este trabajo, se sustenta en la necesidad de formar futuros profesionales de enfermería, con aceptación y respeto hacia las personas con capacidades diferentes, formándose en conocer aquellas metodologías que permiten la flexibilidad y la inclusión de este colectivo, CRMF (2013) y Calandria et. al. (2010).

En cuanto a la inclusión social, los resultados han mostrado que las percepciones de los profesionales sobre esta dimensión tienen como único predictor la propia percepción de la persona con discapacidad. Castro et. al. (2016).

Las actitudes hacia las personas con discapacidad están presentes en la percepción de cada persona. Por lo tanto, conocer las percepciones permite analizar y desnudar los sentimientos que muchas veces son explícitos y otras no; en este caso en particular, sobre discapacidad Castro et. al. (2016); Castro y Vila (2014) y Pallisera et. al. (2010). Los autores del presente informe toman como referente teórico a Gordon Allport (1935), quien, definió la actitud como “Un estado mental y neurológico de atención, organizado a través de la experiencia, y capaz de ejercer una influencia directiva o dinámica sobre la respuesta del individuo a todos los objetos y situaciones con las que está relacionado. Fernández (2014).

Finalmente, se menciona que las escuelas secundarias especiales en Argentina: son instituciones dedicadas a la educación formal, con adecuaciones metodológicas o curriculares de contenidos del secundario, para alumnos con capacidades diferentes; considerándose, no como un atributo único de la persona, sino un conjunto de condiciones que responden a la interacción entre las características del individuo y el contexto social. Fernández (2014) y Castro et. al. (2016).

El objetivo general del estudio fue determinar las percepciones de los Estudiantes de la Escuela de Enfermería FCM UNC, que participaron en la realización de actividades de Extensión Universitaria en Escuelas Especiales en 2019.

Los objetivos específicos fueron: Analizar las respuestas emocionales: sentimientos y sensaciones de los estudiantes de Enfermería en cuanto a la predisposición de relacionarse con alumnos especiales; Establecer los fundamentos de los estudiantes sobre la educación y los derechos de las personas especiales; Valorar capacidades y limitaciones, reconocimiento y negación de

los derechos y la educación de las personas con discapacidad; Identificar la predisposición a participar y la aceptación de las conductas de las personas con discapacidad y Analizar presunciones sobre el auto-concepto de las personas discapacitadas.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, de corte transversal, dirigido a Estudiantes de la Licenciatura de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNC que participaron en las actividades de Extensión universitaria, en el año 2019 en Escuelas Especiales. El instrumento fue enviado al 100% de los estudiantes, mencionados, siendo requisito, ser mayor de 18 años y que poseyeran un dispositivo electrónico para acceder a la encuesta (fuente primaria). No se realizó a estudiantes pasivos o que no posean dispositivo para la encuesta, que hayan estado con carpeta médica prolongada al momento de realizar la investigación o que hayan decidido no participar del estudio.

El instrumento utilizado fue una encuesta auto - administrada, semi - estructurada y anónima cuyo medio de aplicación fue on-line, denominado “Escala de Actitudes hacia las Personas con Discapacidad” e incluyó datos socio-demográficos de los estudiantes, así como opiniones acerca de sus sensaciones y emociones relacionadas a la experiencia sobre la actividad de extensión con alumnos de escuelas especiales.

Mediante dicho instrumento las personas evaluadas, opinaron si están de acuerdo o no con cada una de las frases que se les presentó, las mismas que fueron formuladas positiva o negativamente, utilizando la escala de Likert para la puntuación.

La escala empleada está compuesta por 37 ítems agrupados en 5 subescalas:

1. Valoración de capacidades y limitaciones de las personas con discapacidad.
2. Reconocimiento/negación de derechos fundamentales de la persona con discapacidad.
3. Implicación personal, predisposición a actuar y aceptar de modo efectivo las personas con discapacidad.

4. Calificación genérica de rasgos presuntamente definitorios de la personalidad o conducta de las personas con discapacidad

5. Asunción de roles: presunciones sobre el auto - concepto de las personas con discapacidad.

Presenta dimensiones que se vinculan con la valoración de las capacidades y limitaciones de la persona con discapacidad; el reconocimiento o negación de derechos; los comportamientos concretos de interacción que la persona llevaría a cabo en relación con personas con discapacidad (implicación personal); las atribuciones globales y concepciones generales que se efectúan acerca de rasgos presuntamente definitorios de la personalidad o conducta de la persona con discapacidad (calificación genérica); y las presunciones del encuestado acerca de la concepción que de sí mismos.

Para el tratamiento de los datos cuantificados referidos a los aspectos sociodemográficos de los estudiantes y respuestas de las preguntas cerradas, se utilizó una hoja de cálculo. Los datos no cuantificables relativos a las respuestas sobre la percepción de la discapacidad y el desarrollo de actividades se realizaron 6 preguntas para libre respuesta de los estudiantes participantes.

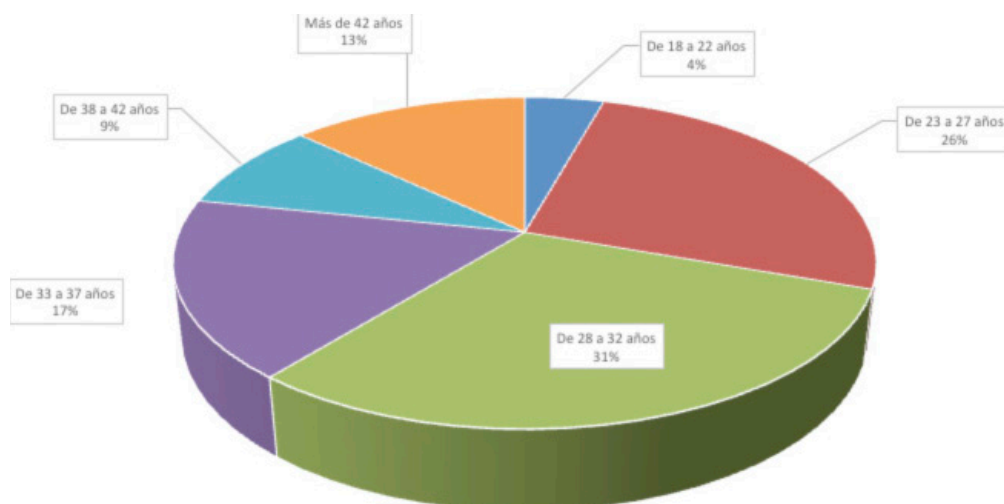
Cabe señalar que en el cuestionario on-line, se solicita el consentimiento informado, no existen riesgos para la población participante, pues los datos quedan amparados en el secreto estadístico, no son identificables según los participantes en la base de datos ya que son anónimos.

RESULTADOS

Las *características sociodemográficas* de la población estudiada fue 23 estudiantes de la Escuela de Enfermería, que participaron en actividades de Extensión en escuelas especiales de modalidad secundaria, podemos indicar que la mayoría de los estudiantes se encuentran en la franja etaria de 28 a 31 años que equivale al 31%. El 78% corresponde al género femenino. 8 de los estudiantes participantes se encuentran cursando el 3º año de la carrera (34%) y 7 cursando el 2º año (31%); 4º y 5º año no estuvo representado.

Figura 1

Distribución de los Estudiantes de la Escuela de Enfermería FCM UNC, que participaron en la realización de actividades de Extensión Universitaria en Escuelas Especiales en 2019, según rango etario



Fuente: Cuestionario on line.

Dentro del formulario on - line que respondieron los estudiantes de la Escuela de Enfermería, se les preguntó sobre: ¿qué sentimientos tuvieron al realizar las actividades de extensión con alumnos secundarios con capacidades diferentes?

Como generalidad, las respuestas brindadas, estuvieron relacionadas a incertidumbre, miedo y ansiedad de enfrentarse “a un público diferente”, y como llegar a “empatizar” y lograr el cometido de relacionarse con un objetivo educativo. Algunas respuestas fueron:

“... No saber con qué tipo de discapacidad podría encontrarme. Pero solo para poder adecuar el taller que se le brindaba, para que los alumnos comprendieran”.

“... Incertidumbre, respecto a cómo uno se iba a desenvolver para que ellos puedan reconocer y hacer lo que uno va a enseñarles”.

“... Ansiedad. Porque nunca había tenido tan hermosa experiencia y quería hacerlo bien”.

“... Pensé que no iba a poder ser capaz. Que pudieran desconfiar de mí como educadora”.

“... Incertidumbre, ansiedad por no saber si nos íbamos a hacer entender”.
“... Ansiedad de cómo me comportaría con ellos”.

“... Ansiedad, por miedo a lo desconocido”.

“... Antes de dar la charla junto con los profes y mis compañeros, estaba bastante ansiosa y nerviosa, pero por el hecho de hablar en público (lo cual es algo que siempre me pone nerviosa)”.

Cada uno de estos sentimientos implica una percepción diferente, pero en términos generales podemos decir que: la incertidumbre reclama una respuesta contundente, precisa, definitiva; “vamos a ver qué podemos hacer juntos”, y está dada por la falta de experiencia.

El miedo es una de las emociones más básicas del ser humano y, como tal, tiene la función de preparar para la acción; el miedo es sinónimo de que los alumnos no aprendan, no conseguir transmitir lo que se desea, miedo a ser aburrido, a no saber motivar a los alumnos, a no conseguir que trabajen bien, miedo a no saber manejar el espacio educativo.

Las respuestas de ansiedad se pueden definir como reacciones defensivas instintivas ante el peligro; estas respuestas, ante situaciones que comprometen la seguridad de la persona, son adecuadas y necesarias pues ejercen una función protectora. Debido a que la ansiedad está caracterizada por pensamientos, sentimientos, ideas o sensaciones recurrentes y/o comportamientos que una persona se siente impulsada a realizar.

Como se ha indicado, se realizaron preguntas abiertas, para que los estudiantes de la Escuela de Enfermería participantes de la actividad de extensión manifestaran sus sensaciones. Las afirmaciones en común que destacaron, fueron de satisfacción, emoción y logro. A continuación, se detallan algunos comentarios:

“... Sentimientos encontrados, fue una experiencia que nunca había vivido y quede satisfecho”.

“... Ninguno, para mí es algo normal, lo tomé como que tenía que interactuar como con cualquier persona”.

“... Alegría y emoción”.

“... Entusiasmo y empatía”.

“... Mucha paciencia y entendimiento”.

“... Satisfacción, comprensión, cariño”.

“... Estaba emocionada por ir y hablarles de temas tan importantes”.

“... Me transmitieron mucha alegría al ver que son alumnos sin dificultad y el interés que tiene cada uno”.

“... Sentimientos de felicidad de poder realizar actividades que puedan ayudar a personas con capacidades diferentes”.

“... La verdad ya me había relacionado con personas con capacidades diferentes, por lo que creo que mis sentimientos no fueron muy diferentes de cómo me siento siempre”.

La mayoría de los estudiantes señalaron sentimientos positivos de felicidad, alegría, empatía, paciencia, entendimiento, lo cual se logra cuando logramos percibir, compartir y comprender lo que el otro ser puede sentir, con una participación no solo efectiva, sino rodeada por la afectividad.

Se observó que un común denominador de las respuestas relacionadas a la educación de las personas con capacidades diferentes, estuvo relacionado con los derechos, a la aceptación, a conocerse, relacionarse, y compartir experiencias, a desarrollar sus capacidades remanentes y sobre todo a socializarse, en valores, actitudes y normas sociales de convivencia:

“... es posible mejorar la calidad de vida de toda persona, eso le dará herramientas sociales de inclusión e igualdad”.

“... todas las personas deben tener las mismas oportunidades de educación”.

“... adecuando la educación a la discapacidad presentada”. “... por supuesto que sí. Creo que todo radica en la forma en la que se cría una persona, ya sea que la misma sea una persona con capacidades diferentes o no”.

“... Las personas con discapacidad son antes que nada “ personas” igual a todos, su capacidad diferente no influye en su valor como persona en lo que respecta al trato del otro”.

Respecto a estas respuestas referidas a ¿si las personas con discapacidad pueden ser educadas? y qué fundamentos tendría para la respuesta que dieron, se destaca que muchas coincidieron que el entorno familiar es primordial, así como la educación, el estado y la legislación pertinente que ampare la igualdad y la inclusión.

Pensando a la educación como derecho de todos y cada uno de los ciudadanos de una misma nación, en lo que refiere a legislación, existe garantías que establecen a la educación como derecho fundamental. Además de tener un carácter jurídico también tiene implicaciones sociales, ya que educar representa una función social, que compromete a los diferentes estamentos sociales y gubernamentales. Partiendo de esto, la educación no solo se dirige hacia el desarrollo intelectual y personal del individuo, sino también al avance de la tecnología, la ciencia, el arte, y la economía de todo un país y sobre todo a su desarrollo social como persona.

Dos consultados consideraron la importancia de la legislación, señalando, entre otras afirmaciones, lo siguiente:

“... las personas con discapacidad, son antes que nada personas, igual a todos”, “...los derechos humanos e intrínsecos de todo ser y por ende abarcan a las personas diferentes”.

“... por supuesto pueden ser educadas, no solo porque nuestras leyes contemplen igualdad y equidad, no solo por respeto a los derechos humanos inalienables e intrínsecos de todo ser; si no porque está demostrado en la cotidianidad que es posible mejorar la calidad de vida de toda persona, con la educación”.

Dentro de esta perspectiva, la legislación, guarda estrecha relación con los derechos sociales, toda vez que le permite al individuo participar efectivamente en una sociedad libre y adquirir las aptitudes y conocimientos necesarios para tomar parte en la sociedad.

Los estudiantes reforzaron mucho la idea de “educación”, con acompañamiento y enmarcado dentro de los derechos de las personas.

“... Es fundamental que el familiar realice un proceso intelectual y afectivo para que acepte la discapacidad entorno de uno de sus miembros, y lograr una contención, seguridad y acompañamiento; para que el discapacitado deje de lado la visión de ser “diferente” y pueda aceptar oportunidades de socialización y educación”.

“... considero que se sienten más alentados a aprender y crecer, que aquellas personas que no tienen discapacidad alguna, porque el entorno alienta y se vuelve un apoyo muy especial e importante, fuerte, por lo que hay más contención a la hora de “volver a intentarlo”, si algo no salió como lo esperaba”.

“... En el sentido de respeto, creo que es radical al momento de la crianza de cualquier persona; y a nivel intelectual, creo que es todo en base al tipo de capacidad diferente que tenga y el grado del mismo”.

“... Las enseñanzas de cualquier tipo deberían ser adecuadas para esa persona en especial, debido a que no todos somos iguales ni tenemos las mismas capacidades...”.

“... la educación nada tiene que ver con la discapacidad o capacidad diferente. Tiene que ver a mi modo de ver con los valores que le sean transmitidos”.

“... Pueden serlo si fueron criados en un hogar donde fueron contenidos y educados con cariño”.

Los estudiantes consideraron que siempre es importante que el entorno acompañe a la persona con capacidades diferentes, para que la misma pueda superar emocionalmente la discapacidad, la persona dejará de lado la visión de ser “diferente” y podrá enfocarse en aprender y hacer lo que desee.

Los resultados del instrumento utilizado (Verdugo, Jenaro y Arias, 1995), a través de la cual los encuestados, opinaron estar o no de acuerdo con las frases fueron los siguientes:

Tabla 1

Valoración de capacidades y limitaciones de las personas con discapacidad.

AFIRMACIONES	MA	BA	PA	PD	BD
Las personas con discapacidad con frecuencia son menos inteligentes que las demás personas.	0,00%	0,00%	13,04%	13,04%	73,91%
Un trabajo sencillo y repetitivo es el más apropiado para las personas con discapacidad.	4,35%	4,35%	39,13%	13,04%	39,13%
En el trabajo, una persona con discapacidad sólo es capaz de seguir instrucciones simples.	0,00%	4,35%	13,04%	21,74%	60,87%
Las personas con discapacidad funcionan en muchos aspectos como los niños.	0,00%	13,04%	26,09%	34,78%	26,09%
De las personas con discapacidad no puede esperarse demasiado.	0,00%	4,35%	8,70%	8,70%	78,26%
La mayor parte de las personas con discapacidad son poco constantes	0,00%	13,04%	17,39%	21,74%	47,83%
Muchas personas con discapacidad pueden ser profesionales competentes.	65,22%	13,04%	8,70%	4,35%	8,70%
En el trabajo, las personas con discapacidad se entienden sin problemas con el resto de los trabajadores.	39,13%	30,43%	17,39%	8,70%	4,35%
Las personas con discapacidad son en general tan conscientes como las personas normales.	47,83%	8,70%	30,43%	8,70%	4,35%

Nota: La valoración las siglas significan: MA (Muy de acuerdo); BA (Bien de acuerdo); PA (Parcialmente de acuerdo); PD (Parcialmente en desacuerdo) y BD (Bien en desacuerdo).

Los resultados obtenidos muestran que el 87% de los estudiantes consideran que las personas con discapacidad no son menos inteligentes que las demás personas, no son solo capaces de llevar a cabo instrucciones simples, ni son personas de las que no se pueda esperar demasiado (77%). Estos porcentajes, se refuerzan con las preguntas redactadas en sentido positivos, en las que el 78% de los estudiantes consideran que pueden ser profesionales competentes, que se pueden entender en ámbitos laborales, y que son tan conscientes como las personas “normales” 56%.

Tabla 2

Reconocimiento/negación de derechos fundamentales de las personas con discapacidad.

AFIRMACIONES	MA	BA	PA	PD	BD
Las personas con discapacidad deberían vivir con personas afectadas por el mismo problema.	4,35%	0,00%	8,70%	0,00%	86,96%
Las personas con discapacidad deberían ser encerradas en instituciones especiales.	4,35%	0,00%	8,70%	4,35%	82,61%
A las personas con discapacidad se les debería impedir votar.	4,35%	0,00%	13,04%	17,39%	65,22%
A las personas con discapacidad se les debería prohibir pedir créditos o préstamos.	4,35%	8,70%	21,74%	13,04%	52,17%
Se debería prevenir que las personas con discapacidad tuvieran hijos.	4,35%	4,35%	13,04%	30,43%	47,83%
Deberían existir leyes que prohibieran casarse a las personas con discapacidad	4,35%	4,35%	8,70%	8,70%	73,91%
Las personas con discapacidad deberían tener las mismas oportunidades de empleo que cualquier otra persona.	78,26%	8,70%	8,70%	0,00%	4,35%
Las personas con discapacidad también pueden divertirse con las demás personas.	86,96%	4,35%	4,35%	0,00%	4,35%
Las personas con discapacidad tienen una personalidad tan equilibrada como cualquier otra persona.	26,09%	47,83%	17,39%	8,70%	0,00%
Las personas con discapacidad también pueden casarse si lo desean.	73,91%	13,04%	8,70%	0,00%	4,35%
Sería apropiado que las personas con discapacidad trabajaran y vivieran con personas normales	69,57%	8,70%	17,39%	0,00%	4,35%
Las personas con discapacidad pueden hacer muchas cosas tan bien como cualquier otra persona.	78,26%	13,04%	4,35%	0,00%	4,35%

Nota: La valoración las siglas significan: MA (Muy de acuerdo); BA (Bien de acuerdo); PA (Parcialmente de acuerdo); PD (Parcialmente en desacuerdo) y BD (Bien en desacuerdo).

En cuanto al reconocimiento de derechos, los altos porcentajes de las preguntas formuladas en sentido negativo y las formuladas en sentido positivo, dan cuenta de un reconocimiento de derechos por parte de los estudiantes de la Escuela de Enfermería hacia este grupo de personas. Se observa que están a favor de la no restricción de ningún de los derechos ciudadanos que a todos nos asisten.

Tabla 3

Implicación personal, predisposición a actuar y aceptar de modo efectivo de las personas con discapacidad.

AFIRMACIONES	MA	BA	PA	PD	BD
Me disgusta estar cerca de personas que parecen diferentes, o actúan de forma diferente.	4,35%	0,00%	8,70%	4,35%	82,61%
Las personas con discapacidad deberían mantenerse apartadas de la sociedad	4,35%	0,00%	8,70%	0,00%	86,96%
No quiero trabajar con personas con discapacidad.	4,35%	0,00%	8,70%	0,00%	86,96%
En situaciones sociales preferiría no encontrarme con personas con discapacidad.	4,35%	0,00%	8,70%	0,00%	86,96%
Si tuviera un familiar cercano con discapacidad, evitaría comentarlo con otras personas.	4,35%	0,00%	13,04%	0,00%	82,61%
Permitiría que mi hijo aceptase la invitación a un cumpleaños que le hiciera un niño con discapacidad	86,96%	4,35%	4,35%	0,00%	4,35%
No me importa trabajar junto a personas con discapacidad.	73,91%	4,35%	4,35%	0,00%	17,39%

Nota: La valoración las siglas significan: MA (Muy de acuerdo); BA (Bien de acuerdo); PA (Parcialmente de acuerdo); PD (Parcialmente en desacuerdo) y BD (Bien en desacuerdo).

En concordancia, con el reconocimiento de derechos, los estudiantes mostraron una alta actitud positiva relacionado a trabajar, participar de actividades sociales, conjuntamente con personas con capacidades diferentes.

Tabla 4

Calificación genérica de rasgos presuntamente definitorios de la personalidad o conducta de las personas con discapacidad.

AFIRMACIONES	MA	BA	PA	PD	BD
Las personas con discapacidad a menudo están de mal humor.	4,35%	4,35%	17,39%	26,09%	47,83%
Las personas con discapacidad generalmente son desconfiadas.	0,00%	4,35%	21,74%	30,43%	43,48%
La mayoría de las personas con discapacidad están resentidas con las personas físicamente normales.	4,35%	8,70%	8,70%	13,04%	65,22%
La mayoría de las personas con discapacidad prefieren trabajar con otras personas que tengan su mismo problema.	8,70%	8,70%	17,39%	30,43%	34,78%
Generalmente las personas con discapacidad son sociables	43,48%	34,78%	17,39%	0,00%	4,35%

Nota: La valoración las siglas significan: MA (Muy de acuerdo); BA (Bien de acuerdo); PA (Parcialmente de acuerdo); PD (Parcialmente en desacuerdo) y BD (Bien en desacuerdo).

En cuanto a la calificación por parte de los estudiantes de la escuela de enfermería, en relación a los rasgos definitorios negativos de la personalidad de las personas con discapacidad, los resultados mostraron un desacuerdo en un promedio de 70% en todas las preguntas en sentido negativo.

Sin embargo, hay un alto porcentaje, en comparación con otros ítems de la encuesta en que se encuentran un poco de acuerdo con estas afirmaciones negativas de los rasgos de la personalidad de las personas con capacidades diferentes.

Tabla 5

Asunción de roles: presunciones sobre el auto - concepto de las personas con discapacidad.

AFIRMACIONES	MA	BA	PA	PD	BD
Las personas con discapacidad confían en sí mismas tanto como las personas normales.	39,13%	26,09%	17,39%	4,35%	13,04%
Las personas con discapacidad son capaces de llevar a cabo una vida social normal.	69,57%	8,70%	17,39%	4,35%	0,00%
La mayor parte de las personas con discapacidad están satisfechas de sí mismas.	13,04%	60,87%	17,39%	0,00%	8,70%
La mayor parte de las personas con discapacidad sienten que son tan valiosas como cualquiera.	60,87%	21,74%	4,35%	0,00%	13,04%

Nota: La valoración las siglas significan: MA (Muy de acuerdo); BA (Bien de acuerdo); PA (Parcialmente de acuerdo); PD (Parcialmente en desacuerdo) y BD (Bien en desacuerdo).

En cuanto a las respuestas brindadas en relación al autoconcepto de las personas con discapacidad que tienen sobre sí mismas, que están relacionadas igualmente a presunciones de los estudiantes de la escuela de enfermería, se observa que existen resultados bastante disímiles, en relación al estar muy de acuerdo y bastante de acuerdo con las afirmaciones propuestas, es decir, los estudiantes “presumen” que las personas con capacidades diferentes de las escuelas especiales confían en sí mismas, pero no están “muy de acuerdo”.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Las características sociodemográficas más sobresalientes de los estudiantes de la carrera de Licenciatura en Enfermería que participaron en la actividad de extensión con alumnos de escuelas especiales eran de un grupo etario de 28 a 31 años, la mayoría de sexo femenino, cursando el 3º año de la carrera. En este sentido, el futuro profesional tiene diferencias en la percepción que se tiene ante la discapacidad; este dato es especialmente interesante si tenemos

en cuenta las características de la muestra, en cuanto a sus diferentes años de cursado de la carrera profesional, así como la edad que implica una experiencia de vida diferente.

Respecto de los sentimientos más frecuentes que tuvieron fue miedo, ansiedad e incertidumbre de cómo sería el contacto y la relación que establecerían con los alumnos especiales, la mayoría tuvo sensaciones de alegría, entusiasmo, empatía, comprensión, emoción y felicidad entre otros.

Hubo coincidencia que las personas con discapacidad pueden ser educadas y la familia para ello cumple un rol fundamental, así como de hacer valer la legislación pertinente que ampare la igualdad y la inclusión de los alumnos.

Respondiendo al objetivo específico de valorar las capacidades y limitaciones de los alumnos especiales observamos que las respuestas de los estudiantes de la Escuela de Enfermería FCM UNC, que participaron en actividades de Extensión la mayoría denota que poseen una actitud positiva hacia las personas con discapacidad, no obstante persiste entre algunos entrevistados cierta resistencia a considerar limitada la cotidianidad del discapacitado y la vida social; lo que demuestra que hay transformaciones sociales que están en proceso y en este caso, una minoría de estudiantes de las ciencias de la salud aun no lograron este corrimiento en su forma de pensar y por ende en un cambio de actitud, estos hallazgos coinciden con autores como, CRMF (2013) y Calandria et. al. (2010).

Los estudiantes valoran las capacidades y limitaciones de las personas especiales señalando que “la mayor parte de las personas con discapacidad están satisfechas de sí mismas”, “las personas con discapacidad confían en sí mismas tanto como las personas normales” y “la mayoría de las personas con discapacidad sienten que son tan valiosas como cualquiera”. Lo que más les agrado, de estos alumnos, fue “el deseo de aprender”, “la predisposición a participar” y algunos lo relacionaron con su simpatía e inocencia. Y lo que más les desagradó fue que se dispersaban con facilidad y la dificultad que tenían para responder en forma organizada y mantenerse quietos en su pupitre, manifestando cierta inquietud persistente, acuerdan estos resultados con Castro et. al. (2016).

También debemos destacar que los estudiantes de enfermería, manifestaron que sí volverían a realizar actividades con alumnos que presenten este perfil, pues consideraron fue “una experiencia enriquecedora”, “se sintieron muy a gusto y aprendieron mucho”, inclusive sintieron que los hacía crecer como futuros profesionales, algo que consideramos muy significativo.

Por último, una consecuencia de todo lo anterior implica que una manera de propiciar aceptación ante las personas con discapacidad es facilitando el contacto directo y la interacción con ellas. Lo cual no guardaría relación con una frecuencia alta de relación. También la actitud positiva ante la discapacidad se potenciaría si el contacto se estableciese con personas con discapacidades diversas; y no sólo que se relacionen con personas con retraso cognitivo.

A partir de este trabajo entendimos que las actitudes ante la discapacidad se sustentan en la aceptación y el respeto de las diferencias individuales de cada persona diferente, como condición inherente a la naturaleza humana, afirman que se comparte con otros autores como Castro et. al. (2016); Castro y Vila (2014) y Pallisera et. al. (2010).

REFERENCIAS

- Amezcuca, M. (2014). *Enfermeras y Sociedad, ¿son pensables las alianzas?*
scielo.isciii.es › scielo › pid=S1132-12962014000100002
- Bogado de Scheid, L. y Fedoruk, S. (2007). *Rol de las Universidades Docencia - Investigación y Extensión: Una relación imprescindible.*
www.unl.edu.ar › dvd › archivos › ponencias › mesa3
- Calandria, S., Cali, A., Marchiaro, C., Pagola, L., Peralta, G. y Révola, M. (2010). *Propuesta curricular integral de la educación secundaria para las Escuelas de Modalidad Especial Orientaciones Generales.*
https://www.igualdadycalidadcba.gov.ar/SIPEC-CBA/publicaciones/EducacionModEspecial/ProCur_NivSecEspecial.pdf
- Castro, L., Cerda, G., Vallejos, V., Zúñiga, D., y Cano, R. (2016). *Calidad de Vida de personas con discapacidad intelectual en centros de formación laboral.* Avances en Psicología latinoamericana.
<http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v34n1/v34n1a13.pdf>
- Castro, L., Casas, J.A. Sánchez, S. Vallejos, V. y Zúñiga, D. (2016) *Percepción de la calidad de vida en personas con discapacidad y su relación con la educación.*
<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-07052016000200003>
- Castro, M., y Vilá, M. (2014). *Los planes de transición al trabajo: una opción formativa inclusiva para personas con discapacidad.* Revista Española de Orientación y Psicopedagogía.
<http://revistas.uned.es/index.php/reop/article/view/13518/12232>

- Centro de Recuperación de Personas con Discapacidad Física (CRMF). (2013): *La percepción de las empresas sobre las personas con discapacidad física en el medio laboral*.
<https://crmfmadrid.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/informepcdentornolaboral.pdf>
- Cornejo Chávez, R., y Redondo Rojo, J. M. (2007). *Variables y factores asociados al aprendizaje escolar: Una discusión desde la investigación actual*.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0718-07052007000200009>
- Domínguez Lara, S. (2017). *Actitudes hacia las personas con discapacidad en una muestra de estudiantes de educación secundaria de Lima*.
<https://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/285>
- Fernández García, R. (2014). *Actitudes y Comportamiento Social. Universitat Jaume I*.
http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/106155/TFG_2014_FERNANDEZ_GARCIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- García-Carpintero Blas, E., Siles, J., Martínez Roche, M.E., Martínez de Miguel, E., González, S., y Pulido Mendoza, R. (2015). *El estudiante como protagonista de su aprendizaje: la necesidad del uso del portafolio en enfermería dentro del contexto de educación superior*.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000100021
- López Melero, M. (2011). *La escuela inclusiva: una oportunidad para humanizarnos*.
<https://www.redalyc.org/pdf/274/27426890007.pdf>
- Meléndez Chávez, S., Santes Bastian, M.C. y Del Ángel Salazar E.M. (2013). *Inteligencia emocional en los profesionales enfermeros*. *Metas de Enfermería*.
<http://www.index-f.com/index-enfermeria/v25n3/10254r.php>
- Mesta Martínez, J. y Espinosa Carbajal, M. E. (2013). *Docencia – Investigación – Extensión: un binomio no resuelto*.
<https://www.unl.edu.ar/iberoextension/dvd/archivos/ponencias/mesa3/rol-de-las-universidades-doc.pdf>
- Munsuri-Rosado, J. y Pinazo-Hernandis, S. (2016). *Actitudes de los estudiantes de enfermería hacia las personas con discapacidad. Análisis y propuestas*.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-12962016000100026

Obón-Marulanda F. A., López-Giraldo L. A. y Londoño-Arroyave C. D. (2019). *Investigación formativa y prácticas académicas integradoras en el marco de la Responsabilidad Social Universitaria: Un análisis a partir de metodología mixta*.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265462713013>

Pallisera, M., Fullana, J., y Vila, M. (2010). *La inserción laboral de personas con discapacidad - Desarrollo de tres investigaciones acerca de los factores favorecedores de los procesos de inserción*. Revista de Investigación Educativa.
<https://www.redalyc.org/pdf/2833/283321973002.pdf>

Polo Sánchez, M. T. y López Justicia, M. D. (2006). *Actitudes hacia las personas con discapacidad de estudiantes de la Universidad de Granada*. Revista española de orientación y psicopedagogía.
<http://revistas.uned.es/index.php/reop/article/view/11346/pdf>

Sánchez M. M. (2013). *La simulación como estrategia didáctica: Aportes y reflexiones de una experiencia a nivel superior*.
www.igeopat.org/parrafosgeograficos/images/RevistasPG/2013_V12_2/20-5.pdf

Secretaría de Extensión y Vinculación. Universidad Nacional de Córdoba. (2020).
[www.unc.edu.ar › extensión › secretaria-de-extensión-y](http://www.unc.edu.ar/extension/secretaria-de-extension-y)

Solano Ruiz, Ma. C. y Siles González J. (2013). *La figura del tutor en el proceso de prácticas en el Grado de Enfermería*.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113212962013000300014&script=sci_abstract&tlng=pt

Ubillos S., Mayordomo, S. y Páez, D. (2008). *Actitudes: Definición y Medición. Componentes de la Actitud. Modelo de la Acción Razonada y Acción Planificada*.
<http://www.ehu.es/documents/1463215/1504276/Capitulo+X.pdf>.

Warriner, I. (2012). *Intervenciones con base teórica para la anticoncepción: Comentario de la BSR. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud*.
https://www.google.com/url?client=internal-element-cse&cx=0903a1a109a46b6e5&q=https://www.redaas.org.ar/archivos-recursos/439-CURHS18.pdf&sa=U&ved=2ahUKEwjC9_j6p-L0AhVQrJUCHSSTA8sQFnoECAQAQ&usg=AOvVaw033-6WEvjFwM5zXLkmKzrA



RELATO DE
EXPERIENCIA



CARTOGRAFIÁNDONOS. EXPERIENCIA DE TRABAJO VIVO EN ACTO TRANSDISCIPLINAR EN ÁMBITO ACADÉMICO.

MAPPING OURSELVES. LIVED WORK EXPERIENCE IN ACROSS-DISCIPLINARY ACT WITHIN AN ACADEMIC ENVIRONMENT

CARTOGRAFANDO NOS. EXPERIÊNCIA DE TRABALHO AO VIVO EM UM ATO TRANSDISCIPLINAR NO CAMPO ACADÊMICO

Autores: Fabiana Vázquez¹; Susana Manzur²; Sandra Cevilán³

RESUMEN

En el presente relato se propone compartir una vivencia que emerge desde la comunicación transdisciplinaria, donde participan diferentes profesionales del equipo de salud, motivadas por medio de una consigna de trabajo final en el Seminario de Salud Comunitaria de la Maestría en Salud Familiar y Comunitaria, Universidad Nacional de Santiago del Estero, durante el año 2020. Específicamente se procura mostrar la vivencia desde una diversidad de experiencias en las trayectorias de trabajo del grupo, que durante esta formación pudo abordar otros sentidos en relación a sus praxis, a partir de articulaciones y construcciones desde el diálogo mediante fuentes teóricas de diferentes procedencias. Desde allí se inició un recorrido de cada trayectoria profesional en el sistema de salud, intentando rescatar los pensares, sentires y vivires en el cuidado de la salud, reconociéndose en el trabajo vivo en acto (Merhy, 2009). De esto surge la construcción de una *cartografía sentimental* tomando la propuesta de S. Rolnik (1989), para reconocer desde las subjetividades, interpelándose el mundo conocido, “perdiendo los sentidos y formándose otros”(p.1), creando nuevos sentidos desde el campo vibracional, reconociendo su mismidad y otredad, produciendo conocimientos profesionales para trascender y ampliar las posibilidades de desarrollar un ejercicio profesional humanizado y comunitario en el campo de la salud, más justo.

Palabras clave: cartografía; comunicación transdisciplinaria; trabajo; sistema de salud; atención primaria de la salud.

1. Licenciada en Educación para la salud. Institución de referencia.

Contacto: vazquezfabianaalejandra@gmail.com - <https://orcid.org/0000-0001-7155-0497>

2. Licenciada en Psicología. Institución de referencia. Contacto: sumanzur@hotmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-1267-3144>

3. Licenciada en Enfermería. Institución de referencia. Contacto: sandra.cevilan@unc.edu.ar
<https://orcid.org/0000-0003-3877-9729>

ABSTRACT

The present story seeks to share a lived experience which emerged from cross-disciplinary communication, in which different healthcare professionals participated, encouraged by a final work requirement of the Community Health Seminar belonging to the Family and Community Health Master Degree Course in the National University of Santiago del Estero during the year 2020. The purpose is to show the lived experience from a diversity of experiences throughout the teamwork process, which was able to approach other senses in relation to praxis since it was based on dialogical articulations and constructions of theoretical sources of different origin. From this standpoint, each professional trajectory in the healthcare system was observed in an attempt to rescue the thoughts, feelings and lived experiences within healthcare, recognising one's own actions by living work in the act (Merhy, 2009). It is from this point that the construction of a sentimental mapping emerges, taking into account S. Rolnik's idea (1989) so as to refer to recognition from the standpoint of subjectivities, questioning the known world, losing some senses in pursuit of developing others (p. 1), creating new senses from the vibrational field, recognizing sameness and otherness, producing professional knowledge to transcend and widen the chances of developing a fairer, humanized and community-oriented professional practice in the healthcare field.

Key Words: Mapping. Cross-disciplinary communication. Work. Healthcare system. Primary care attention.

RESUMO

Neste relatório propõe-se partilhar uma experiência que emerge da comunicação transdisciplinar, onde participam diferentes profissionais da equipa de saúde, motivados através de um trabalho de conclusão de curso no Seminário de Saúde Comunitária do Mestrado em Saúde Familiar e Comunitária, Universidade Nacional de Santiago del Estero, durante o ano de 2020. Especificamente, busca mostrar a experiência a partir de uma diversidade de experiências nas trajetórias de trabalho do grupo, que durante esta formação foi capaz de abordar outros sentidos em relação à sua práxis, a partir de articulações e construções. do diálogo por meio de fontes teóricas de diferentes origens. A partir daí, iniciou-se um percurso de cada trajetória profissional no sistema de saúde, buscando resgatar os pensamentos, sentimentos e vivências no cuidado à saúde, reconhecendo-se no trabalho vivo (Merhy, 2009). Daí surge a construção de uma cartografia sentimental a partir da proposta de S. Rolnik (1989), de reconhecer a partir das subjetividades, questionar o mundo conhecido, “perder os sentidos e formar outros” (p.1), criando novos sentidos a partir do campo vibracional, reconhecendo sua mesmice e alteridade, produzindo saberes profissionais para transcender e ampliar as possibilidades de desenvolver uma prática profissional mais justa e humanizada no campo da saúde.

Palavras-chave: cartografia; comunicação transdisciplinar; trabalho; sistema de saúde; atenção primária à saúde.

INTRODUCCIÓN

La siguiente narrativa interdisciplinaria, parte de una actividad de posgrado en la maestría en salud familiar y comunitaria, esta producción colectiva dio lugar a la creación de una cartografía sentimental.

El objetivo se orienta a efectuar una revisión crítica de las propias prácticas, a partir de diferentes analizadores, los malestares, desafíos y esperanzas de transformar el campo de la salud desde los espacios micropolíticos de sus posiciones, juegos y lógicas.

Durante la misma se realizaron lecturas en torno a la revisión de las experiencias de trabajo. A partir de los artículos de Franco y Merhy (2009), se sugiere poner en acción *analizadores(a)* considerando el siguiente interrogante: *¿en las acciones que realizamos cotidianamente, ¿qué consideramos inútiles y por qué?* Esto permitió poner en tensión y dialogar sobre esos temas que están invisibilizados en la micropolítica cotidiana, donde como individuos y colectivos somos productores en y desde cada proceso relacional y en los modos de actuar.

Durante los procesos dialógicos surgidos de ese ejercicio se evidenció la dificultad de encontrar un punto en común. El consenso se pudo construir a partir de las coincidencias en las miradas de cada participante surgidas de interrogantes que fueron emergiendo en el proceso relacional. Los interrogantes principales fueron: *¿Cómo se encontraban las profesionales siendo cuidadoras? ¿De qué manera es cuidado un cuidador? y ¿la salud es igual para el que cuida?* Estas preguntas representaron algunos tópicos que en lo habitual no hacemos referencias, generalmente no discutimos o no las planteamos para ejercitar revisiones, ello permitió al grupo construir los *analizadores*.

A partir del trabajo colaborativo, en las conversaciones sobre diferentes planos y momentos de las profesionales de salud, se fue dando el devenir cartográfico (Benet, M. et.al. (2016).

La cartografía implica una mirada atenta a los flujos de intensidades y a las afecciones que permita revelar la producción de subjetividades y la construcción de territorios existenciales Guattari y Rolnik (2005/2006). Durante este proceso se manifestó la mirada retiniana y vibrátil que propone Rolnik (2006/2014). La *mirada retiniana* se puede definir como una percepción sobre el mundo en que la atribución de sentido, se hace a partir de las representaciones vigentes en nuestro contexto histórico. Por otro lado, la *mirada vibrante* es aquella que aprehende la alteridad en su condición de campo, fuerzas e intensidades que afectan y se

hacen presentes en nuestro cuerpo en forma de sensaciones, generadas “a través de ese cuerpo, asociado a sus ojos, donde procura captar el estado de las cosas, su clima, y a partir de ellos crear sentidos” (p.1).

En el intento del grupo para enfocar el trabajo desde la mirada vibrátil, surgió la recomendación docente sobre trabajar seleccionando sólo un escenario para aplicar los *analizadores* antes mencionados. Se destaca que éste fue un momento importante de la experiencia porque allí se manifestó con mayor visibilidad el reconocimiento de las acciones mientras se *jugaba el juego*. Se describe la experiencia en territorio comunitario de una localidad del interior de Córdoba, dada con el inicio del Aislamiento Social Preventivo Obligatorio, en el contexto de pandemia. Se trabajó con la población de 5 mujeres embarazadas, a través de la telenfermería y visitas domiciliarias y se efectuaron acompañamientos. Para el desarrollo del mapeo y la cartografía del trabajo vivo en acto, se selecciona solo una de las experiencias redactadas. Se propusieron los siguientes analizadores: ¿Qué cosas inútiles se hacen a diario en su/s trabajo/s? ¿Qué cosas útiles, pero “invisibles” hacen a diario? ¿Con qué cosas inesperadas a veces se encuentran? ¿Qué cosas generan conflictos? ¿Dónde ponen las esperanzas, los deseos? ¿Cómo producen cuidados?

En una primera instancia, y para poner en marcha la construcción de este trabajo y en el grupo surgió la pregunta: ¿cómo se puede hacer esta tarea? Ésta dio paso a la elaboración de conceptos centrales que dieron apertura al inicio de la comunicación transdisciplinaria y de las cuales se desarrollará más adelante.

En una segunda instancia, surgieron los intercambios de saberes, pensamientos y sentires de las autoras en la construcción de la cartografía del trabajo vivo en acto, partiendo de las diversas experiencias laborales, posicionadas desde la *transdisciplinación*, en relación a un punto en común: la salud comunitaria.

La tercera instancia, acerca algunas reflexiones del grupo de trabajo basadas en un escenario de práctica profesional, presentando un caso a partir del cual se dio un verdadero encuentro y reconocimiento desde una mirada vibrátil.

En la cuarta instancia, se puede identificar el proceso donde se construye consenso, desarrollando estrategias de comunicación guiadas por los interrogantes expuestos anteriormente y de lo cual permitió desarrollar analizadores.

Por último, en la conclusión se trabajó de manera reflexiva cuestiones sobre la mirada vibrátil del trabajo vivo y la gestión de cuidados con la intención de exponer a la comunidad posibles líneas a seguir trabajando dentro del campo de salud comunitaria.

DESARROLLO

Para iniciar el relato de la experiencia se parten de conceptos centrales. El sistema de salud, propuesta de Spinelli, H. (2010) en su artículo *“Las dimensiones de Campo de la Salud”*, donde invita a correrse de la idea funcionalista, simplista y algo inapropiada de abordar algo que es mucho más complejo y desde donde decide referirse a ese sistema como “campo de la salud”. *“Un campo es el producto de acciones de agentes individuales y/o colectivos dotados de intereses y capacidades específicas [...] donde cada “jugador” realiza su juego en función de incrementar y/o adquirir capitales. Estas acciones siempre están ligadas a intereses, no siempre racionales ni reflexivos”* (p.276).

Consideramos necesario presentar al grupo de trabajo, que dio lugar a esta comunicación transdisciplinar, conformado por tres profesionales: una Lic. en Enfermería, una Lic. en Educación para la Salud y una Lic. en Psicología y establecido la comunicación a través del grupo de WhatsApp. En la comunicación mediada por la tecnología, se destacan dos momentos esenciales. En el primero, el del conocimiento, se pudo identificar las características de las personas involucradas en este grupo. Seguido a ello, luego de un tiempo, se vislumbra el momento de la convocatoria, donde la fluidez desde el diálogo fue identificando coincidencias al compartirse vivencias de trabajo en el ámbito comunitario, intercambiando saberes y experiencias en territorios, modos de inserción, conocimiento de las necesidades, y las formas de planificación desde las acciones participativas.

Retomando a Spinelli H. (2019) destacar que el proceso de conocimiento y reconocimiento de cada integrante, está asociado con la disposición de *jugar el juego*, más allá de las cuestiones cotidianas que moldean en cierta manera el modo de jugar, por ejemplo, los horarios y medios de encuentros. Se recorrieron momentos pasados y presentes. Todo ello marcó cierta proximidad en torno a algunos modos de intervenir para el cuidado de la salud, más allá de los diferentes disciplinas y espacios que ocupa cada una.

Las trayectorias laborales puestas en cuestión, se situaron en diferentes áreas institucionales: la académica, de asistencia y de seguridad, vinculadas en el cuidado de la salud. Durante todo el recorrido, se destacaron detalles acerca de *¿cómo?* se imprimieron las historias en cada profesional, consideradas como experiencias en tanto instituyentes de pensamiento y tarea. Estas historias en común, narradas desde la experiencia particular y única, permitieron reconocer un lenguaje en común y poder encontrar una perspectiva con enormes analogías en algunos puntos y con diferencias en otros. Como todo encuentro humano,

con el Otro, con su historia, concepciones y subjetividades, las conversaciones derivaron, además de las tareas que son realizadas, en las posiciones que se ocupan en el campo de la salud, en el juego y el poder con un particular análisis desde cada singularidad profesional.

La segunda instancia, se comenzó a pensar en la idea de construir y compartir esta cartografía viva, trazando caminos impensados a la consigna; o dicho de otra manera, generando un detenimiento a pensar la tarea como guía hacia el *descubrir-Se* en otros caminos.

En la tercera instancia, se procedió a realizar un listado de problemas que se observaron en el común de las trayectorias profesionales, de los cuales se pueden consignar los siguientes: poca formación en la carrera de grado sobre salud comunitaria, escaso presupuesto para trabajar, referentes en cargos de gestión sin preparación adecuada, escasa cobertura propia respecto a insumos necesarios para la tarea en contexto de pandemia (máscaras, repelentes, etc.), falta de políticas adecuadas a la realidad, entre otros.

En este sentido, resulta interesante mencionar lo que propone Spinelli H. (2018) en su artículo “*Máquina y Arte-sanos*” al poner en discusión los modelos dominantes y las tensiones al interior del campo de la salud, entre la concepción del cuerpo humano (máquina), el proceso de trabajo médico (modelos industriales o artesanales), las institucionalidades (hospitales y centros de salud) y los principales agentes (corporación médica y complejo médico industrial (p.483). Además, el autor deja plasmado de qué manera desde la revolución industrial y la revolución tecnológica se han transformado los distintos campos de la ciencia dando forma a “ideales” en distintos campos de conocimientos que impactaron en los procesos de trabajo, las formas organizativas, los desarrollos institucionales, la construcción social de la realidad y los procesos relacionales y es donde, de alguna manera, se condicionan y/o determinan “objetividades” en diferentes órdenes, desde donde se deciden las distribuciones de materiales, y sistemas de clasificación, de esquemas mentales y corporales que sirvieron como matriz simbólica de las actividades prácticas, conductas, pensamientos, sentimientos y juicios de los agentes sociales (p.484).

En otro sentido, en el artículo antes mencionado, se expresa que al analizar las instituciones que conforman el sistema de salud se encuentran propuestas o búsquedas de formas organizativas analizadas desde otras teorías, y son sustentadas en las denominadas *tecnologías duras* y *tecnologías blandas*. Al decir del autor Spinelli, H. (2018) se entiende que las “*tecnologías duras* -tecnologías materiales, básicamente equipamientos- no permiten explicar

la totalidad de lo que se hace y mucho menos de lo que se debería hacer en las instituciones”, donde las “*tecnologías blandas* -relaciones interpersonales basadas en vínculos y el cuidado del otro- son las que sostienen el proceso de trabajo de tipo artesanal, el cual posee un potencial muy alto, tanto en eficacia, como en eficiencia y en el vínculo entre trabajadores-usuarios-institución y territorios” (p.484).

Para Franco-Merhy (2009) “las unidades de salud se encuentran aferradas a diversas lógicas organizacionales al mismo tiempo, dependiendo del lugar desde dónde se las observe, lo que permitiría percibir la existencia de varias unidades en una. Sin embargo, todas van a revelar un mismo tipo de “ojo-fundamento”, aquel que ya está preprogramado para percibir las cosas de siempre -aunque sean fundamentales-: espacios de poder, líneas de mando, ciertas prácticas y reglas de funcionamiento. En síntesis, estructuras determinadas y constituidas en operación, que representan cierta vida productiva al interior de aquel organismo, bajo la mirada del “observador-analista” (p.184).

La reflexión en este trabajo se basa en el análisis sobre las tecnologías blandas, contextualizadas en cada contexto laboral, haciendo referencia que en estos espacios se observa no sólo que carecen de formación académica específica, sino también de su propia financiación, de recursos para la calidad del trabajo del equipo y por ende la calidad de vida del trabajador de la salud, de quien justamente se pretende -institucionalmente- que *lleve esa salud* que no se sabe si la posee.

A partir de los fundamentos teóricos, en cada encuentro se dio la posibilidad de hablar e intercambiar desde una escucha distinta en la que se reconocieron en los propios discursos aquello que Samaja, J. (2007) plantea como “*lenguas naturales*” mediadas por la construcción cotidiana de los miembros (p.27). Es aquí donde el diálogo acerca de la salud en cada encuentro, en tanto integrantes de equipos de salud, recayó en la *inmediatez*, tomada de Hegel, refiriéndose al proceso que resulta de la formación compartida desde una noción de identidad, que tiene su génesis en un proceso constructivo que lo ha generado y se instala como algo obvio.

Ahora bien, esa afirmación hegeliana, incidió en los debates del grupo al reconocer que nunca existieron espacios de autorreflexión o de diagnósticos institucionales que signifiquen aportar experiencia o vivencia del personal de salud y mucho menos que éstas se transformen en datos reales y fidedignos, basándose en empíreas que se poseen y que sirvieron en este caso para jugar el juego. Se consideró con cierta creencia, que las micropolíticas construidas

a partir de espacios de trabajo siguen el mismo derrotero si lo comparamos a lo comunitario, se dan charlas informales, consejos informales que resultan justamente en un soporte subjetivo fundamental del grupo de salud.

Por lo tanto, si se considera la salud como hecho social y como derecho humano, que atraviesa nuestra existencia, es a partir de estos enfoques integrales que dan cuenta de la universalidad de la salud e invitan a jugar el juego en las comunidades/ instituciones que, aunque no pertenezcan al “ámbito de la salud” propiamente institucionalizado, ahora son reconocidos como parte de esa red que pretendemos plasmar, desde interrogantes como: ¿qué es la salud? y ¿cómo está la salud de los profesionales de salud?.

Si desde la idea de Atención Primaria de la Salud, se promueve que todos somos capaces de construir salud desde las vivencias en común, considerando los recursos comunitarios como una de las ideas centrales en la tarea cotidiana, entonces ¿qué pasa con los agentes de salud y sus intervenciones? ¿Cómo ejercen la tarea desde el saber que es colonizante también para ellas y las posiciona en una situación de vulnerabilidad propia, la cual debería ser reconocida para poder aprehender la vulnerabilidad del otro? En relación a esto, Merhy y Franco (2009) señalan que el trabajo vivo permite la experiencia del juego hacia adentro de las instituciones, instituyendo cuestiones nuevas en el escenario. Resulta de este modo, una relación más mediadora e integrativa de dimensiones y saberes científicos y no científicos con perspectiva a colectivos comunitarios Carvalho Mesquita (2012).

En la cuarta instancia, se considera que la cartografía del trabajo no se configura como mapas, sino como construcciones/analizadores de datos en la relación dinámica con otros dando cuenta de los procesos que se van vivenciando. En definitiva, permite pensar en la posibilidad de salirse de la *planificación normativa tradicional* hacia una planificación *estratégica situacional* que tenga como metas los planes situacionales regidos por la cotidianeidad para poder pensar en una intervención en crisis, sin fases, pero con momentos explicativos, estratégicos y operativos, Zottola (2020).

En consonancia con lo anterior, las conversaciones otorgaron coincidencias determinando que los grupos de trabajo en los que alguna vez se ha estado o en los que se está, se hayan atravesado/s por la lucha de poderes y la politización partidarizada. En otro sentido, también el poder de lo hegemónico en salud, basado en la evidencia estadística con cuestiones relativas a mortalidad, riesgo, probabilidad y la idea latente de actuar sobre la comunidad, para brindarles *una salud planificada* desde la epidemiología clásica.

Es preciso señalar que se invirtió un tiempo importante a la hora de plasmar la idea de salud, reconociendo en varias oportunidades relatos justificadores, desde lo normativamente impuesto. De las conversaciones surgieron enojos, malestares, recordatorios de leyes y derechos, entre otras cosas. Surgió un momento de *catarsis* en relación a lo que se denomina pandemia o nueva normalidad y todo lo que implica “el cuidar” en este contexto.

Es pertinente el análisis de Spinelli, H. (2019) al indicar que los actores, donde se hallen incluidos, juegan en la representación y acción de los problemas refiriéndose no sólo a las enfermedades y condiciones de vida, sino a su cobertura. Y este punto resulta interesante porque habla de los trabajadores de la salud en atención primaria (¿tecnología blanda?). ¿Son un buen producto? ¿Qué ofrecen? ¿Desde qué posición? ¿Son parte de la precarización? ¿Esto es simbólico? El autor al respecto, propone la problematización como razón instrumental para poder generar políticas singulares al contexto que incluye a todos los actores, pero a partir del interpelarse en su propio juego profesional, para poder lidiar con la alienación en el trabajo. Por otro lado, señala que las pérdidas del sentido de pertenencia, del significado y sentido de lo que se hace influyen en el trabajo, determinando formas de juego.

¿Pero a dónde se posiciona el profesional de salud? En referencia a la tecnología blanda, tomando a Rolnik, S (1989) los profesionales son los actores en el encuentro con el usuario final, llevando su intencionalidad o ¿“*llevando salud?*”, ubicándose en la línea de la dimensión cuidadora, como productores de relaciones intersectoriales. Y es en este espacio temporal y territorial, donde sus cajas de herramientas, necesitan de una formación en saberes basados en lógicas micropolíticas e institucionales que permitan actos de salud basados en una cartografía social.

Quizás, esto indicaría que el modelo de atención primaria, esta tecnología blanda en realidad, requiere de aprendizajes que signifiquen los encuentros, para incorporar las subjetividades más allá de los saberes, que desencadenan procesos productivos y estratégicos. Como se viene diciendo, la tecnología blanda es la que menos saberes presenta en los ámbitos académicos, es lo que se necesita saber y no se sabe o intuimos, es lo que la práctica enseña, pero no se sabe que se sabe. Es por ello que ésta en muchas situaciones se efectúa desde supuestos, lo mismo que la comunidad en la que trabaja: su propia micropolítica porque no se tiene un territorio (desde lo institucional) entendido como campo de prácticas, en el cual no se producen procesos. Resulta pertinente citar a Spinelli, H. (2010), cuando dice que “las políticas de salud normativas, producen ausencia de pensamiento... por parte de los actores” (p.280).

Ante ello, se valora la necesidad de formarse y educarse como recursos, con espacios de discusión y de creación de redes, como lo plantea García, J. (2006) cuando se refiere a la necesidad de un lenguaje en común, entre todos los profesionales de la salud, basado en la propia idiosincrasia latinoamericana.

También, encontramos coincidencia en que los ámbitos de salud, son los que proporcionan los rangos de libertad necesarios para permitir jugar otros juegos, allí donde ocurre la horizontalidad y el encuentro, donde aparece lo empírico y lo cualitativo, García, J. (2006), en donde nuestros saberes se funden con lo cotidiano problemático y donde además se ensayan respuestas en relación con el/la/s otro/a/s.

Retomando la experiencia, se pudo observar que en algunos momentos de cada trayectoria laboral se dan situaciones que generan conflictos y que gran parte de ellos, parte del concepto de salud incorporado dogmáticamente, lo que en algún punto da lugar a un posicionamiento en tanto vendedores de un producto, pero también como consumidores de sus teorías y prácticas. Como plantea Spinelli H. (2019) afirmando que está presente la pretensión de llevar salud sin tenerla, partiendo de modelos de controles cartesianos, positivistas que nos obligan a aferrarnos dogmáticamente, lo cual resulta inútil a la realidad social que pretendemos abordar y finalmente modificar. Porque seguimos llevando planes pretendiendo soluciones” (p. 2).

En este proceso, en cierta manera, se fue reconociendo cómo las diferentes propuestas de formación profesional, se basan en modelos positivistas, que muchas veces no permiten el planteamiento de cuestiones relativas a lo emergente, aplicando saberes del criterio propio, de la experiencia, o de alguna perspectiva teórica a la que se adhiera. Pero, esto tal vez se deba, a que no se cuenta con herramientas que permitan una aprehensión del fenómeno entendido como complejidad, como perspectiva teórica que integra modelos micro y macro, los cuales permitirían las transformaciones de los sistemas de salud.

Otra de las cuestiones que se visualizaron a veces insuficientes fueron los objetivos planteados desde la epidemiología tradicional en el ámbito comunitario. El contexto de pandemia, se dio lugar al develamiento acerca de la formulación de los indicadores que resultan poco representativos de la realidad, en estos tiempos solo se trabaja para responder a las urgencias ante el efecto del Covid-19 dejándose de lado la sindemia (b), que incluye a todas las demás pandemias de las que no se habla.

CONCLUSIONES

Para concluir se destaca que esta experiencia ha permitido a las autoras, iniciar el reconocimiento de diferentes sistemas de análisis, identificando una gran multiplicidad y diversidad en la complejidad de la salud en general y en los equipos de salud en particular.

Esta experiencia ha generado la necesidad de interpelarse individual y colectivamente, de reinventarse y reflexionar acerca de las causas profundas que actúan como barreras para Mirar-se/nos en lo cotidiano del mundo del trabajo, el jugar un juego diferente al del resto, el Cuidar, el dudar, “el celebrar la duda y a esta tecnología imbricada con lo ancestral”; es buscar maneras propias de construir saberes. ¿Tal vez en un futuro próximo, esta sea la dirección desde donde se pueda dar lugar la construcción de salud, esta salud que dejó de ser un estado de bienestar hace mucho tiempo, y hoy es concebida como un proceso permanente de búsqueda de equilibrio dinámico biopsicosociocultural y porque no? espiritual, y que además sea alcanzada como resultado de una construcción colectiva.

La salud es acoger y amar la vida tal como se presenta, caótica.

Quizás para ello, como un primer paso sea necesario valorar el cuidar la confianza. Entender desde la afirmación de Monsalvo J. (2012) que “Cuidar es ternura. despojarnos de la cultura antropocéntrica y aprehender la biocéntrica se concreta en algo fundamental como lo es, el cuidar la salud de las relaciones día a día. Es una revolución de ternuras. Cuidar la confianza es intrínseco a la salud de las relaciones (p.32).

REFERENCIAS

- Almeida-Filho N. (2006) *Complejidad y Transdisciplinariedad en el Campo de la Salud Colectiva: Evaluación de Conceptos y Aplicaciones*.
<http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/61/42>
- Ayres Mesquita José Ricardo de Carvalho (2017). *Vulnerabilidad y Espacio Público*.
<http://isco.unla.edu.ar/videoteca/material-audiovisual/historia-oral/problemas-conceptos-y-categorias-en-salud-colectiva>
- Almeida-Filho N. (2020) *Etnoepidemiología y salud mental: perspectivas desde América Latina*.
<https://doi.org/10.18294/sc.2020.2786>

- Boff, L (2002) *El cuidado esencial, Ética de lo Humano, Compasión por la tierra*.
<https://redmovimientos.mx/wp-content/uploads/2020/07/El-Cuidado-Esencial-Boff.pdf>
- Benet, M.; Merhy, E.E. & Pla, M. (2016) *Devenir cartógrafa*. Atenea Digital.
<https://www.redalyc.org/pdf/537/53748488010.pdf>
- Franco TB, Merhy EE. (2009) *Mapas analíticos: una mirada sobre la organización y sus procesos de trabajo*. Salud Colectiva.
<https://doi.org/10.18294/sc.2009.259>
- Galeano D.; Trotta L.; Spinelli H. (2011). *Juan César García y el movimiento latinoamericano de medicina social: notas sobre una trayectoria de vida*. Salud Colectiva.
<https://www.scielo.org/article/scol/2011.v7n3/285-315/>
- Monsalvo, J. (2012) *Cartas con Alegremia*.
http://www.altaalegremia.com.ar/Archivos-Website/LIBRO_CARTAS_CON_ALEGREMIA_Julio.pdf
- Rolnik, Suely (1989). *Cartografía sentimental*.
https://monoskop.org/images/e/e3/Rolnik_Suely_Cartografia_sentimental_transformacoes_contemporaneas_do_desejo_2006.pdf
- Rolnik S. y Guattari F. (2006) *Micropolítica. Cartografía del deseo*.
<https://www.traficantes.net/sites/default/files/pdfs/Micropol%C3%ADtica-TdS.pdf>
- Samaja J. (2004) *Epistemología de la Salud. Ontología y perspectiva Transdisciplinaria*.
<https://filadd.com/doc/47-samaja-juan-2004-epistemologia-de-la-salud>
- Spinelli H. (2010) *Las dimensiones del campo de la salud en Argentina*. Salud Colectiva.
<https://www.redalyc.org/pdf/731/73115348004.pdf>
- Spinelli H. (2018) *Máquinas y arte-sanos*. Salud Colectiva.
<http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/1823>
- Spinelli H. (2019) *Planes y juegos*. Salud Colectiva.
<http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/2149>



MODELO
DE
INTERVENCIÓN

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO PREJUBILATORIO PARA ENFERMERÍA *

DESIGN OF A PRE-RETIREMENT SUPPORT PROGRAM FOR NURSING

PROJETO DE UM PROGRAMA DE APOIO PRÉ-APOSENTADORIA PARA ENFERMAGEM

Autores: Melina Pestalardo¹; Graciela Muratore²

RESUMEN

El personal de enfermería desarrolla su vida laboral en diferentes áreas o servicios de la institución y lleva adelante una carrera profesional, pero la etapa pre jubilatoria no contempla actividades específicas para el personal. Por ello, mediante este proyecto se planteó el **objetivo** de “contribuir al proceso de desarrollo de las personas y la organización en la etapa final de la vida laboral, en el Departamento de Enfermería del Hospital Privado Universitario de Córdoba en el año 2019”. El propósito final de las actividades fue el diseño de un Programa Pre jubilatorio destinado a los enfermeros de la organización antes nombrada. La modalidad para realizar el trabajo fue la planificación de encuentros de trabajo para un grupo de nueve personas, seis licenciados en enfermería y tres enfermeros, que se desempeñan a nivel de la conducción dentro de la organización. Los resultados obtenidos fueron el diseño de manera colaborativa de un programa destinado al personal en etapa pre jubilatoria.

Palabras clave: programa – enfermería – pre jubilatoria- etapa.

ABSTRACT

Nursing staff develop their working lives in different areas or services of the institution and carry out a professional career, but the pre-retirement stage does not include specific activities for staff. For this reason, through this project, the objective of “contributing to the process of development of people and the organization in the final stage of working life, in the Nursing Department of the Private University Hospital of Córdoba in the year 2019” was set. The final purpose of the activities was the design of a Pre-retirement Program for the nurses of the aforementioned organization. The modality to carry out the work was the planning of work meetings for a group of nine people, six nursing graduates and three nurses, who perform at the leadership level within the organization. The results obtained were the collaborative design of a program for personnel in the pre-retirement stage.

Key Words: program - nursing - early retirement - stage.

* Trabajo final para acceder al título de postgrado de Especialidad en Administración y Gestión en Enfermería.

1. Especialista en Administración y Gestión en Enfermería. Hospital Privado Universitario de Córdoba. Contacto: melipesta@gmail.com - <https://orcid.org/0000-0001-9075-3900>

2. Especialista en Administración y Gestión en Enfermería. Universidad Nacional de Córdoba. Contacto: graciela.muratore@unc.edu.ar - <https://orcid.org/0000-0003-1906-0022>

RESUMO

O pessoal de enfermagem desenvolve a sua vida laboral nas diferentes áreas ou serviços da instituição e exerce uma carreira profissional, mas a fase de pré-reforma não inclui atividades específicas para o pessoal. Por este motivo, através deste projeto, foi definido o objetivo de “contribuir para o processo de desenvolvimento das pessoas e da organização na fase final da vida laboral, no Departamento de Enfermagem do Hospital Universitario Privado de Córdoba no ano de 2019”. O objetivo final das atividades foi a elaboração de um Programa de Pré-aposentadoria para os enfermeiros da referida organização. A modalidade de execução dos trabalhos foi o planeamento de reuniões de trabalho para um grupo de nove pessoas, sendo seis graduados em enfermagem e três enfermeiras, que atuam no nível de liderança dentro da organização. Os resultados obtidos foram o desenho colaborativo de um programa para pessoal em fase de pré-aposentadoria.

Palavras-chave: programa - enfermagem - aposentadoria precoce - estágio

INTRODUCCIÓN

La actividad fue realizada en los meses de marzo a mayo del 2019 (bajo el título de práctica en terreno) en la implementación del proyecto que fuera escrito para finalizar la Especialización en Administración y Gestión en Enfermería de la Universidad Nacional de Córdoba y se generó como producto de la implementación del proyecto, la creación de un Programa que lleva el nombre de RENOVAR: Programa de Acompañamiento Pre jubilatorio.

Para poder materializar la implementación de este proyecto es que se trabajó con la intención de generar cambios en el área de Gestión de Recursos Humanos en base a los lineamientos de Gestión del talento humano propuestos por Chiavenato, quien pone el énfasis de sus estudios en el desarrollo de las personas como el principal activo dentro de las organizaciones y expresa que “cuando una organización se orienta hacia las personas su filosofía global y su cultura organizacional reflejarán estas creencias”.

Para el momento estratégico de planificación que corresponde a la puesta en marcha de las actividades se tomó como guía la Planificación Estratégica Situacional que presenta cuatro momentos (subdivididos sólo para su estudio), que permitieron llevar una analogía con la bibliografía utilizada para la elaboración del proyecto. (Guía para la Gestión de Proyectos Sociales). Luego se redactaron dentro de cada momento los objetivos a alcanzar, las actividades que fueron planificadas y las no planificadas y se registraron experiencias, sentimientos, vivencias, expresiones y diversidad de saberes y aprendizajes que convocan a la acción conjunta poniendo de manifiesto aquello que enriquece el proyecto, que es el trabajo en conjunto con el otro.

La modalidad de trabajo fue de seis encuentros planificados y realizados y un encuentro final no planificado que se dio de manera virtual para alcanzar la totalidad de los objetivos propuestos. Se invitó a participar a once colegas, de los que finalmente participaron activamente nueve (seis Licenciados en Enfermería y tres enfermeras), quienes se desempeñan en sus funciones de la siguiente manera: dos en el equipo de docencia hospitalaria; cuatro jefes de servicio; una supervisora general y una supervisora de áreas ambulatorias.

Previo a la finalización del informe, se presenta una reflexión evaluativa de la experiencia vivida, desde la óptica de lo individual, lo grupal y lo institucional. Luego se presentan las conclusiones y sugerencias relacionadas con la experiencia, con la organización donde se desarrolló y con la carrera.

OBJETIVO GENERAL

- Contribuir al proceso de desarrollo de las personas y la organización en la etapa final de la vida laboral, en el Departamento de Enfermería del H.P.U.C en el año 2019”.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Diseñar un programa que incluya actividades pre jubilatorias para enfermería.
- Utilizar como enfoque teórico la contingencia específicamente en el desarrollo del talento humano.
- Proporcionar al personal de conducción información que le permita tomar decisiones.
- Fomentar una comunicación continua, eficaz y eficiente entre los participantes.
- Disminuir el impacto que genera en la persona transcurrir por el período pre jubilatorio.

METODOLOGÍA

Los momentos que guían la consecución de las actividades están descritos bajo la Planificación Estratégica Situacional, que implica una planificación democrática.

DESARROLLO

I- Momento explicativo: Difusión de la Propuesta.

Dentro de esta fase se desarrollaron una serie de acciones tendientes a dar a conocer la propuesta. Entre las actividades realizadas, se destacan una reunión formal con el Director Médico, donde se explicó verbalmente el objetivo general del proyecto de intervención, la propuesta de generar un programa que alcance al Departamento de Enfermería en su totalidad para el acompañamiento pre jubilatorio y la modalidad de trabajo que se adoptaría en reuniones con el equipo seleccionado. Se obtuvo la aprobación inmediata del director, sumada al interés en que el programa llegue a extenderse al resto de los Departamentos de

la organización. Además, se solicitó acompañamiento al referente institucional. Se inició la solicitud de aulas, que tuvo por objetivo garantizar la disponibilidad de aulas. La actividad fue concretada en su totalidad; se solicitó por mail un aula con la Docencia hospitalaria. Se la obtuvo únicamente para el primer encuentro, ya que existía la presencia de una obra en construcción reciente que impidió planificar a largo plazo el uso de las aulas. Debido a este imprevisto se decidió la utilización de un espacio, que se emplea como aula de simulación clínica. También se planificó la reunión inicial que se llevaría a cabo para dar inicio a los encuentros de implementación del proyecto. El objetivo fue planificar los contenidos que tendría este encuentro y la presentación al personal que conformará el equipo de trabajo para llevar adelante la implementación del proyecto. Se gestionó el listado del personal de staff que depende del Departamento de Enfermería incluyendo las edades para seleccionar personas en edad pre jubilatoria. Se debió formalizar el pedido al área de Recursos Humanos y se obtuvo el listado de personas en edad pre jubilatoria entre los 55 y 65 años de edad, perteneciente al Departamento de Enfermería. Se realizaron entrevistas en profundidad al personal en período pre jubilatorio que se consideró como muestra dentro del proyecto. El propósito de esto fue recabar datos de interés para presentar en el primer encuentro del equipo como resultados de evaluación ex ante.

La última actividad dentro de esta fase, consistió en la presentación de la propuesta al grupo de enfermeras/os seleccionado. Contó con un total de siete participantes que representaban en ese momento el 100% de las/los convocadas/os. En esta oportunidad se sumó a participar voluntariamente una persona a la que se la invitó a formar parte del equipo desde ese momento. Por lo tanto, los asistentes fueron ocho. Se explicaron los objetivos del grupo y la modalidad de trabajo que se intentaría mantener desde ese encuentro en adelante. Se trabajó desde el consenso con los colegas. Se acordó día y horario para futuros encuentros. Se dieron a conocer los instrumentos de evaluación que se completarían en cada encuentro. Se despejaron dudas al respecto. También hubo espacio para preguntas, dudas, sugerencias, opiniones acerca del programa que se pretendía escribir.

II- Momento estratégico normativo: preparación de la propuesta.

A partir de abril de 2019 se puso en marcha el segundo momento del proyecto. Cada una de las acciones estuvo orientada a preparar o elaborar la propuesta. De común acuerdo se creó un grupo de WhatsApp denominado “Proyecto Especialidad” cuyo propósito fue el de lograr la difusión de las fechas de futuras reuniones; descargar la bibliografía presentada en los encuentros y

proponer ideas y sugerencias en general para las actividades pasadas y futuras. También se utilizaría para dar aviso el día anterior al encuentro del lugar y horario donde se llevaría adelante la reunión. Otra de las acciones fue de comunicar por correo institucional a cada integrante del grupo la fecha y hora de la reunión. Se decidió no crear una alerta de avisos en la agenda de correo institucional: en primer lugar, porque se superponía con los mensajes de WhatsApp y, en segundo lugar, porque el equipo no utiliza de manera frecuente esta herramienta.

Además, se realizaron una serie de actividades que no habían sido consideradas como tales en el proyecto y que fueron: imprimir instrumentos de evaluación para el encuentro siguiente; tabular los datos en una matriz inmediatamente son obtenidos en el primer encuentro y creación de la matriz para tabular datos en una plantilla de Excel.

Se llevó a cabo el segundo encuentro del grupo conformado para la creación de un programa de actividades pre jubilatorias en el Hospital Privado Universitario de Córdoba, con una asistencia del 75%. La propuesta metodológica para esa instancia fue la lectura colectiva, mediante la conformación de grupos de dos integrantes, de artículos bibliográficos preseleccionados por la autora.

Se detectó un inconveniente relacionado con una de las bibliografías seleccionadas por la autora. En relación con esto no se tuvo en cuenta que fue mucho más extensa que las otras dos y, por lo tanto, no se llegó a concluir la lectura de todo el artículo. Ante esta contingencia se decidió en conjunto con el grupo resolverlo realizando una lectura grupal de las conclusiones del artículo y de éstas se presentaron los principales conceptos para incorporarlos al marco teórico del programa.

Surge del grupo la importancia de la Psicología en el acompañamiento durante esta etapa y la posibilidad de que un psicólogo organizacional (con el que cuenta la institución) pueda sumarse a este programa.

El tercer encuentro tenía como objetivo la redacción del marco teórico del programa. En esa oportunidad se contó con la participación del 50% de las personas que integraban el grupo. Las ausencias registradas fueron por los siguientes motivos: una ausencia por licencia anual; una ausencia por licencia médica; otra por examen y una más por franco. Se cumplió con el 100% de los objetivos pre definidos que inicialmente fueron: escribir el objetivo general y los específicos del programa pendiente del encuentro anterior y lograr el avance hasta la escritura del marco teórico y fundamentación.

En cuanto a las actividades imprevistas en la escritura de los objetivos ocurrió una eventualidad que fue la ausencia de la enfermera educadora para la presentación del PowerPoint que ella misma había diseñado para capacitar al grupo en escritura de objetivos. Se resolvió esta situación inesperada presentando la autora la actividad del PowerPoint de objetivos y reforzando con bibliografía que tenía en el ordenador sobre escritura de objetivos.

III- Momento estratégico de planificación: Fase de puesta en marcha del proyecto.

Luego del trabajo realizado hasta el momento, en el mes de mayo se inicia la tercera fase del proyecto. Esta instancia incluyó un encuentro en el que se comenzó como se había acordado, con la revisión de los objetivos escritos en el encuentro anterior. La presencia de dos enfermeras educadoras facilitó la reformulación de los objetivos con claridad. Se trabajó con metodología de lluvia de ideas para la redacción. Se logró avanzar con la escritura del objetivo general, los objetivos específicos y las metas. En relación con la escritura de las actividades y tareas por consenso del grupo se pospuso para el siguiente encuentro en vistas a la limitación del tiempo. En esta ocasión la participación fue del 75% de las personas pertenecientes al grupo, además de dos enfermeras educadoras y el referente institucional.

En el transcurso del encuentro se comienzan a sugerir títulos como “jubílate a tiempo y feliz”. Comienza a evidenciarse la necesidad de transmitir el programa “en positivo” para desmitificar la creencia general negativa que carga la palabra “jubilación”. La autora vive esto como un logro ya que es uno de los propósitos implícitos en el marco del proyecto general. En las últimas dos reuniones la jornada de trabajo se inició con un desayuno, instancia informal en la que se compartieron recetas entre los integrantes y la actividad fue, como siempre, con la distensión y recreación que el momento ameritaba. Finalizado el desayuno, el grupo comenzó a trabajar en el repaso de la calendarización de actividades que ya se había enviado previamente por mail. Se definieron nuevos tiempos para el programa y se limitó su duración a dos años completos. Se presentó la escritura del programa bajo los lineamientos de la metodología propuesta por Balderas Pedrero. Su aceptación fue positiva para el total del equipo. Se trabajó con la lectura en voz alta del programa escrito y aún se siguieron realizando modificaciones y sugerencias que aportó el equipo. Se modificaron algunos datos del presupuesto que la autora había definido. Se trabajó en la escritura de instrumentos de evaluación para cada encuentro del programa y se decidió en conjunto incorporar el diseño de tres instrumentos. Debido a los tiempos que nuevamente fueron limitados la autora se llevó como tarea la confección de esos instrumentos bajo

los lineamientos del consenso que el grupo acordó para su confección y envió posterior. Se trabajó en dejar definidos los indicadores para el programa.

Se recibieron los posibles nombres para el programa que los colegas tenían como tarea y en equipo se decide llamar al programa: **“RENOVAR programa de acompañamiento pre jubilatorio”**. Todos los integrantes del equipo habían cumplimentado la tarea de traer escrita la sugerencia del posible nombre y se convino entre todos. Una vez finalizado el encuentro se acordó que la autora enviara el material completo para que los colaboradores lo lean y puedan hacer los aportes correspondientes. Por último, se presentó la encuesta de evaluación planificada llamada instrumento para cuestionario de auto llenado que fue el instrumento que permitió dar completitud a la evaluación ex post.

IV- Momento estratégico de planificación táctica u operacional: Evaluación y cierre.

Se llevó adelante en el último encuentro planificado para el grupo de colaboradores. Se contó con un instrumento de evaluación de la actividad general presentado al grupo para su realización, el cual constaba de preguntas abiertas y cerradas y permitió agregar sugerencias a la actividad realizada. A modo de agradecimiento por la participación y compromiso, se obsequió un recetario a cada colaborador/a.

EXPERIENCIA ADQUIRIDA

A nivel individual la experiencia permitió a la autora el fortalecimiento de competencias y habilidades que –considera- ya estaban presentes pero que siempre es posible pulir pensando en términos de mejorar, de profundizar, de perfeccionar, de ampliar. Otro aspecto que se resalta de esta experiencia es el vínculo que se genera con cada colega participante del proyecto. Asimismo, fue posible un cambio de roles desde el lugar de líder en la conducción de estas personas, a desempeñarse y participar desde el rol de “estudiante” de un posgrado generando una dinámica de trabajo que elimina relaciones de poder y coloca el énfasis en la horizontalidad de las decisiones y la importancia de las opiniones expresadas en forma personal para aportar al producto final.

Por otra parte, en lo que respecta a la experiencia grupal de lo vivido en este proceso de implementación del proyecto, se puede hacer referencia a la consolidación lograda como grupo evolucionando desde un conjunto de personas invitadas a trabajar por un objetivo ajeno a cada una de ellas, para llegar a un grupo de personas trabajando en conjunto por un objetivo en común.

Se logró que las/los integrantes se empoderaran de la implementación del proyecto mediante la escritura del programa, comprometidos en dar curso a su implementación más allá de la instancia académica de la que formaron parte. Se manifestaron como parte de un grupo que gestiona para el cambio y que se sentiría orgulloso de formar parte de los cambios que se traducen en mejoras para las/las enfermeras/os.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La administración de las personas y la gestión de los recursos humanos dentro de las organizaciones actuales han sufrido grandes modificaciones en poco tiempo. Desde las teorías contemporáneas de la administración hasta las actuales tendencias que han migrado a reconocer como el principal valor dentro de una organización la gestión del talento de las personas. Según Chiavenato la cuestión radica en tratar a las personas como recurso o como grupo de interés de la organización; y es en esto último donde pone el énfasis su teoría. Ésta abarca seis grandes campos del desarrollo de las personas dentro de la organización que permiten, planificando intervenciones en cada uno de ellos, un perfecto engranaje de procesos para el desarrollo. Cada uno de estos campos tiene influencia en el otro y es posible lograr beneficios o perjudicar si el desarrollo es insuficiente. La clave para desarrollar a las personas es el constante equilibrio que debe mantenerse en la conducción de los procesos. El puntapié inicial para comenzar a plantear una hipótesis al respecto fue la premisa de que la transición de una etapa laboral activa a una etapa laboral pasiva puede generar inestabilidad en la persona o no; y que, como todo cambio, si se apoya en un plan de acompañamiento se puede lograr disminuir el impacto que genera. La fundamentación teórica acompañó todo el proceso y permitió afirmar lo que se percibía desde un comienzo. Por lo tanto, fue necesaria la escritura en un trabajo colaborativo (con la participación de un grupo de enfermeras/os y licenciadas/os en enfermería dedicados a la gestión) de un programa de acompañamiento pre jubilatorio para enfermeras/os del Hospital Privado Universitario de Córdoba.

Con gran orgullo se puede decir que, dados los resultados obtenidos en la implementación del proyecto, muy satisfactorios, es preciso asumir el compromiso de implementación del programa RENOVAR en la organización donde se originó su redacción. Se asume este compromiso desde el conocimiento adquirido de las etapas de la vida de una persona y la necesidad de acompañar la transición entre ellas. Queda la responsabilidad de gestionar como líder de la organización, la incorporación del programa.

El centro de práctica permitió una total libertad para llevar adelante el proyecto. Como premisa fundamental se podría decir que es un centro que con frecuencia trabaja en la implementación de cambios y que, por lo tanto, es permeable y receptivo a las propuestas que requieren intervenir para implementar. La dinámica entre los factores externos e internos se mantuvo en equilibrio y permitió el trabajo desenvuelto y preciso. La predisposición tanto de sus directivos como de colegas que se encontraban invitadas/os a la participación fue sorprendente. Es muy grato comunicar que se asumió un compromiso invaluable entre el equipo y que esto logró estrechar las relaciones interpersonales y dar forma a un programa que se presume inexistente previamente en la organización. La necesidad de planificar políticas transversales para la gestión de personas en la organización es evidente y esto podría traducirse de alguna manera en el inicio de esta planificación. La autora cree que ha sido sumamente enriquecedora la modalidad de trabajo adoptada desde el comienzo en la carrera.

Como sugerencia específica se menciona la posibilidad de interiorizar más tempranamente a los especializando en la lectura de los métodos de sistematización de la práctica que, si bien se mencionan desde el inicio de la carrera, no se trabaja específicamente en la búsqueda de autores o corrientes que permitan agilizar el proceso de sistematización.

REFERENCIAS

- Ander Egg, E. (2008). *Cómo elaborar un proyecto*. Lumen Humanitas.
- Alvarado Falcon, A. (2012). *Administración y mejora continua en Enfermería*. México.
- Chiavento, I. (2008). *Gestión del Talento Humano*. Mac Graw Hill.
- Gutiérrez, J.M; Alizo, M; Morales, M; Romero, J. (2016). *Planificación estratégica situacional: Perspectiva de una unidad científica universitaria*. Revista Venezolana de Gerencia, 21 (76), 607-626. [Fecha de Consulta 8 de diciembre de 2021]. ISSN: 1315-9984. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29049487003>
- Jara Holliday, O. (2015). *La sistematización de las experiencias - práctica y teoría para otros mundos posibles*. EPPAL.
- Jara Holliday O. (2012). *Sistematización de experiencias, investigación y evaluación: aproximaciones desde tres ángulos*. Revista internacional sobre investigación en educación global y para el desarrollo. (Número 1).



ESTUDIO
TEÓRICO



**LA REFLEXIÓN SOBRE EL CUIDADO Y EL CUIDADO
DE LA REFLEXIÓN.
EN TORNO A LA RELACIÓN ENTRE ENFERMERÍA Y FILOSOFÍA ***

**REFLECTION ON CARE AND CARE OF REFLECTION.
ABOUT THE RELATIONSHIP BETWEEN NURSING
AND PHILOSOPHY**

**A REFLEXÃO NO CUIDADO E O CUIDADO DA REFLEXÃO.
AMBIENTE DA RELAÇÃO ENTRE ENFERMAGEM E FILOSO**

Autora: Julia Monge¹

RESUMEN

En el presente trabajo se desarrolla una reflexión sobre el vínculo entre la Enfermería y la Filosofía, desde la propuesta de que puede concebirse entre ambas una *relación de cuidado*. Para iluminar las características de tal relación, se recurre a los planteos de Jean Watson (2011) y Marcia Hills (2011) en torno a la creación de una formación crítica y relacional para la ciencia del cuidado, así como a las indagaciones filosóficas de Michel Foucault (2012) acerca del “cuidado de sí” como precepto filosófico para desarrollar una vida reflexiva. Se concluye considerando lo que implica pensar de este modo el encuentro entre la práctica profesional y la práctica reflexiva de la filosofía.

Palabras clave: Enfermería – filosofía – reflexión – cuidado

ABSTRACT

In the present work, a reflection on the link between Nursing and Philosophy is developed, from the proposal that a relationship of care can be conceived between the two. To illuminate the characteristics of such a relationship, we resort to the proposals of Jean Watson (2011) and Marcia Hills (2011) regarding the creation of a critical and relational formation for the science of care, as well as the philosophical inquiries of Michel Foucault (2012) about the “care of yes” as a philosophical precept to develop a reflective life. It concludes by considering what the encounter between professional practice and the reflective practice of philosophy implies to think in this way.

Key Words: Nursing - philosophy - reflection – care.

* Reflexiones en contexto de dos años de pandemia, la promulgación de la Ley 10780 sobre la regulación del ejercicio profesional de la Enfermería en Córdoba y la implementación del nuevo Plan de estudios para la Carrera de Enfermería, en la cual las asignaturas socio-humanísticas constituyen uno de los tres grandes ejes de la formación.

1. Dra. en Filosofía. Universidad Nacional de Córdoba. Contacto: julia.monge@unc.edu.ar - <https://orcid.org/0000-0002-6758-8318>

RESUMO

No presente trabalho, desenvolve-se uma reflexão sobre o vínculo entre Enfermagem e Filosofia, a partir da proposta de que uma relação de cuidado possa ser concebida entre as duas. Para iluminar as características de tal relação, recorreremos às propostas de Jean Watson (2011) e Marcia Hills (2011) quanto à criação de uma formação crítica e relacional para a ciência do cuidado, bem como às indagações filosóficas de Michel Foucault (2012) sobre o “cuidado do sim” Como preceito filosófico para desenvolver uma vida reflexiva. Conclui considerando o que o encontro entre a prática profissional e a prática reflexiva da filosofia implica pensar dessa forma.

Palavras-chave: enfermagem - filosofia - reflexão – cuidado.

INTRODUCCIÓN

Una de las preguntas más desafiantes (tan incómodas como estimulantes) para quien se dedica a la enseñanza de la filosofía por fuera de las carreras de filosofía -y en particular en el marco de carreras profesionales-, es acerca de su utilidad: *¿para qué sirve la filosofía? ¿Para qué les sirve a estudiantes de Enfermería estudiar filosofía?* Por otro lado, una de las cuestiones teóricas de más difícil desarrollo para la Enfermería es la de su definición desde el punto de vista ontológico o de la *esencia del cuidado*, habida cuenta de que, como trasfondo de tal cuestión, se encuentran dos necesarias y problemáticas distinciones para la disciplina y la profesión: la de su especificidad frente a la medicina y la de su carácter científico frente a los cuidados no profesionales (Durán de Villalobos, 2001).

La filosofía y la Enfermería se enfrentan así a una inquietud que las atraviesa por su *hacer* y su ser respectivamente –la filosofía es interpelada respecto de su interés y beneficio concretos para la práctica–; la Enfermería, por su parte, lo es respecto de su esencia singular, emparentada íntimamente con el sostenimiento de la vida humana, a la vez que resuelta a formalizar su reconocimiento como saber profesional, en el sentido más rico que anuda ciencia y arte. Pero he aquí que pueden reconocerse intercambiados aquellos asuntos centrales en que cada una revela su ocupación más propia: la filosofía se ha pretendido desde sus comienzos como una reflexión, estudio y búsqueda de conocimiento acerca del ser en toda su amplitud (de los dioses, del mundo, de los seres humanos) y la Enfermería ha nacido y evolucionado desde un hacer fundante y fundamental de y para la existencia humana desarrollando, a través de la historia, sus modalidades técnicas y teóricas propias (Collière, 2009).

¿Revela algo entonces este cruce por el cual se descubre que el punto frágil de cada una se halla precisamente en aquello que es propósito y tarea fundamental de la otra? Torralba Roselló (2005) señala que la esencia del cuidado enfermero hunde sus fundamentos en la *indigencia ontológica* característica de los seres humanos, esa carencia constitutiva que hace que se precise el cuidado desde el nacimiento hasta la muerte. Muchos filósofos en la historia, incluso desde perspectivas teóricas muy diferentes, han coincidido en señalar algo muy similar como fondo de la práctica filosófica: es la conciencia de la *finitud* (ser cuerpos vulnerables, no ser inmortales, ni omniscientes ni todopoderosos) en medio de una realidad que precede y excede (no fue creada por los seres humanos y no se encuentra bajo su completo control), lo que ha impulsado el saber como estrategia de supervivencia (Nietzsche, 1996)– perseverar en el ser por medio de entender (Spinoza, 2011). ¿Qué aportan estas indicaciones para pensar la relación entre Enfermería y filosofía?

Sin duda, hay formas para nada enigmáticas de plantear la relación entre ambas en cuanto disciplinas o dominios de conocimiento: la filosofía es un tipo de saber, labor teórica de fundamentación, argumentación, análisis y crítica que puede aplicarse a los más diversos objetos y asuntos; entre ellos las ciencias, la vida humana, la salud, la muerte, etc. En tales términos, la filosofía puede tomar como objeto a la Enfermería desde diversos ángulos: sus bases epistemológicas, su dimensión ética, sus supuestos acerca de la vida humana (e incluso cuestiones todavía más específicas, como qué diferencia reviste hablar de “cliente” o de “paciente” o “sujeto de cuidado”). Aunque este vínculo de tipo teórico-disciplinar esté lejos de ser evidente o exento de discusión, la pregunta no es por su posible conexión en general, sino por ese intercambio de fragilidades y fortalezas que descubrió un punto de encuentro, sugestivamente, en la resolución humana de afrontar la carencia y la incertidumbre.

En tal clave, podría considerarse que la relación entre Enfermería y filosofía es precisamente una *relación de cuidado*, por lo cual, para no caer en una interrogación en círculo, es momento de pasar de las preguntas a las propuestas acerca de cómo puede entenderse dicha relación.

Entre toda la constelación de pensadoras y pensadores a quienes podría darse cita, los planteos teóricos en Enfermería de Jean Watson y las indagaciones filosóficas de Michel Foucault presentan una interesante afinidad que, pasando por ciertos contenidos teóricos, se destacan propiamente en la actitud teórica, las inquietudes y apuestas en el ejercicio del pensamiento. Existe en ambos un ensayo por conmovir los límites que sectorizan a las disciplinas, e incluso una lúcida obstinación por proponer la actividad reflexiva como un tejido, una trama de ideas y experiencias, observaciones y desafíos, que puede encontrar motivos y estímulos en los materiales y campos de saber más diversos, pero sobre todo en su encuentro y composición.

Desde esta perspectiva, puede apreciarse en ambos una tematización del cuidado precisamente como *práctica relacional reflexiva*, lo cual permite componer sus observaciones para pensar la relación entre Enfermería y filosofía desde el encuadre trazado hasta aquí.

DESARROLLO

1. El cuidado enfermero desde una formación relacional crítica

Jean Watson no sólo se ha ocupado ampliamente del desarrollo teórico y filosófico de Enfermería, sino que se ha dedicado con igual atención a un análisis

crítico sobre las prácticas de enseñanza y los planes de estudio de la carrera, con el objetivo de consolidar una “pedagogía emancipatoria” para la disciplina. Tal es, en efecto, el subtítulo del libro que junto a Marcia Hills -y contribuciones de otras estudiosas y estudiosos- han publicado en 2011: *Creating a Caring Science Curriculum. An Emancipatory Pedagogy for Nursing* (Creando una currícula de Ciencia del cuidado. Una pedagogía emancipatoria para Enfermería).

En dicho texto, las autoras plantean un abordaje de la formación en Enfermería en el cual el tipo de relaciones que se crean y fortalecen en el desarrollo del proceso de enseñanza-aprendizaje, son precisamente aquéllas que se promueven como fundamento de la relación de cuidado que constituirá el eje del futuro ejercicio profesional. En tal sentido, Watson destaca la construcción de una pedagogía relacional y centrada en procesos, que asume la reciprocidad como condición para todas las interacciones: se trata de una co-creación no sólo de los conocimientos sino del empoderamiento; ya que -y aquí las autoras siguen a Paulo Freire (2015)-, es cuando se componen y comparten ambos elementos, el saber y el poder, que puede darse una verdadera “transformación de la conciencia” y relaciones “auténticas e igualitarias” (Hills y Watson, 2011, p.17).

La propuesta de esta pedagogía relacional emancipatoria, en tanto se plantea generar una matriz de experiencia para la relación de cuidado profesional, se compone de cuatro premisas prácticas:

1. Crear vínculos de colaboración. La colaboración no es un mero compartir, supone la generación de objetivos en común que permitan encauzar las diferencias entre los puntos de vista en “una alianza sinérgica” (Hills y Watson, 2011, p.70). Tanto en la relación docente-estudiante como profesional-sujeto de cuidado, ambas partes deben asumirse como sujetos cognitivos y agentes críticos del conocimiento, de modo que la interacción no se agote en una mera transmisión de información, sino que invista la posibilidad de crear sentido sobre la experiencia (sea pedagógica, sea de la atención). En esta clave, la participación se entrelaza con el poder: constatar que la propia visión y opinión es tenida en cuenta y valorada igual que otras, estimula tanto el empoderamiento personal como el promoverlo en otros.

2. Comprometerse en un diálogo crítico. El objetivo principal es crear oportunidades para una reflexión que abra a nuevas comprensiones a partir de una revisión de los supuestos e ideas preconcebidas, en un marco de confianza dentro del cual el auto-cuestionamiento no signifique una experiencia negativa sino la posibilidad de madurar y clarificar ideas. La mutua escucha motiva el esfuerzo

de explicar y argumentar, y el pensamiento crítico avanza con el ejercicio de plantear más y mejores preguntas; de convertir en problema lo que se da como obvio. La meta es lograr un arco reflexivo desde el nivel personal subjetivo de la auto observación al nivel del análisis social: modificar la manera en que se piensa y entiende la realidad, impacta en la manera en que se actúa en ella y se vislumbra la posibilidad de transformarla (y, a su vez en la posibilidad de que ella transforme las propias concepciones).

3. La reflexión-en-la-acción. “La reflexión *sobre* la acción *puede* conducir al cambio, la reflexión-*en-la-acción* *siempre conduce* al cambio” (Hills y Watson, 2011, p.109). La reflexión constituye la herramienta para apropiarse de la propia experiencia, ser agente consciente de lo que ocurre y de cómo se responde a ello. Por ello no es espontánea, requiere intención y dedicación, es un proceso complejo en el que interactúan los sentimientos y el raciocinio, y se desarrolla mediante una dialéctica que enmarca el propio entendimiento en un contexto histórico, social, político. Los “aprendizajes que trascienden”, es decir, aquellos que se incorporan como guías propias que se ponen en práctica a futuro, “son los que se generan en este tipo de procesos” (p.119), precisamente porque la toma de conciencia no es una operación meramente teórica, sino que tiene incidencia en las formas de ser, pensar, actuar en la vida en general.

4. Crear una cultura del cuidado. Ésta es la gran tarea que engloba a las precedentes, la que aquéllas aspiran a realizar. Se entiende por “cultura” al conjunto de valores, tradiciones, percepciones, maneras de ver, hablar, actuar, relacionarse, muchas de las cuales “permanecen escondidas, desconocidas, latentes” (Hills y Watson, 2011, p. 124), es decir, que se poseen de manera silenciosa, se sostienen tácitamente, pero que se plasman claramente en las prácticas y constituyen la manera de estar en el mundo junto a los demás. Es necesario y valioso volver todo ello explícito para poder cultivarlo y profundizarlo, así como tener la oportunidad de modificar lo que se considere problemático y de abrir un proceso de enriquecimiento con las nuevas generaciones, los cambios sociales, los avances de la profesión en sus distintas dimensiones; en suma, gestar una “conciencia integral del cuidado” (p.133).

En conjunto y en la medida en que el último punto reúne a los anteriores proponiéndose como su finalidad, puede decirse que para Watson y Hills la cultura del cuidado es propiamente la ética del cuidado entendida en la acepción original del *ethos*. Es decir: el estilo de comportamiento, la forma de ser y conducirse que, más allá de los principios y códigos que regulan la profesión, es lo que se materializa en el modo de relación con los sujetos de cuidado y los pares profesionales; en las situaciones concretas y los casos específicos; toda esa

dimensión de lo singular e impredecible que justifica el concebir la profesión como arte además de ciencia (Rodríguez et al., 2017).

La idea de hacer manifiesto el cúmulo de estimaciones y modalidades de experiencia que componen la cultura del cuidado coliga, asimismo, la apuesta central de la formación emancipatoria: convertir el proceso de enseñanza-aprendizaje y las relaciones que lo sostienen en objeto de reflexión, hacer de la reflexión un ejercicio central que se gesta y cultiva con otros y, a través de todo ello, concebir y promover el cuidado profesional como una práctica reflexiva y un modo de relación caracterizado por la reciprocidad en la creación del conocimiento y del poder, la auto-observación y el análisis crítico.

2. La trama histórico-filosófica del cuidado

Michel Foucault (2018) dirige su labor de investigación y enseñanza a “una historia crítica del pensamiento”, definiéndola como un análisis de la manera en que se da sentido a las prácticas y los modos de actuar de acuerdo con “tres series de relaciones: con la verdad, con la obligación, con nosotros mismos y los otros” (p.102). Es decir, para Foucault toda experiencia se da en una trama en la que se ponen en juego una relación con lo que se considera verdadero, relaciones de poder y formas de la relación consigo mismo y con los demás. En esta clave, sus indagaciones muestran que la labor crítica sobre lo que se considera verdadero no sólo incumbe o tiene efectos en el dominio del conocimiento o la teoría, sino que está ligada estrechamente con las prácticas sociales y con las formas de vida que llevan las personas.

Tal advertencia recupera, en efecto, lo que constituye el motor del análisis filosófico desde sus comienzos: la relación que las personas tienen con la verdad, es decir, con aquellos principios, concepciones e ideas que consideran verdaderos; define las relaciones que tienen con el mundo, con los demás y consigo mismos; su forma de entenderse, entender la realidad y actuar; en suma, su forma de vida. De allí el por qué resulta fundamental revisar lo que se sostiene como verdadero; de allí también el que pueda descubrirse que la filosofía, por más alejada de la experiencia que se la conciba, se ha preocupado por algo tan modesto y cercano como difícil e incómodo: elaborar formas de reflexión que permitan examinar la vida que se lleva.

Siguiendo este hilo de la filosofía como análisis crítico de la experiencia, Foucault (2008) se remonta en sus últimos trabajos a la Antigüedad griega y descubre allí que el famoso imperativo del “conócete a ti mismo” -que primó históricamente como regla de la relación reflexiva con la verdad- en realidad

era parte de un precepto mayor: “cuida de ti mismo”. El conocimiento de sí estaba subordinado como una parte del *cuidado de sí*, y éste era una regla práctica para conducir racionalmente la propia vida, tomar como objeto de reflexión el propio modo de ser y comportarse, para así educarlo, formarlo, transformarlo de acuerdo con principios verdaderos que determinen cómo se debe ser, cómo relacionarse con los demás y con los acontecimientos del mundo. Cada escuela filosófica definía esos principios de acuerdo con su doctrina, pero la exposición de Foucault permite recuperar los aspectos centrales que involucraba en común el *cuidado*:

- Se planteaba como una práctica relacional. Ante todo, se precisaba un vínculo con guía o maestro que era quien enseñaba los principios verdaderos; pero el cuidado tenía por objeto no sólo la configuración de la relación consigo mismo sino también de aquéllas con los demás, tanto en el aspecto ético como en el del poder.
- Comprendía un conjunto de ejercicios reflexivos, tanto de crítica como de formación. El trabajo central del cuidado era la *ethopoiesis* en relación con la verdad, es decir, formar el modo de ser de acuerdo con principios verdaderos que implicaban la auto-observación, la revisión y crítica de las creencias previas y la generación de nuevas formas de pensamiento y de conducta, de atención y de acción.
- El desafío principal era unir el conocimiento y la acción. Los ejercicios reflexivos anteriores tenían como meta que el conocimiento de la verdad se transforme en principio de acción, “que el sujeto de conocimiento sea a la vez sujeto de acción recta” (Foucault, 2008, p.463). La verdad no como mero contenido de saber, sino motor de la voluntad.
- Se contextualizaba en el cultivo de las artes de vivir o artes de la existencia. En las técnicas de sí se recurría a esquemas y valores provenientes de la cultura que eran trabajados en el marco de la formación filosófica; el trabajo de forjar una forma de vida se inscribía en la articulación de la existencia individual con la vida en común.

Foucault (2010a) señala que el interés de recuperar el esquema de este *cuidado de sí* antiguo radica precisamente en que proporciona el ejemplo de una ética en la cual lo central no está en aprender y adoptar una serie de principios o códigos morales, sino precisamente en el trabajo reflexivo sobre el propio ser y la propia conducta. Es desde este trabajo que los códigos adquieren sentido y gracias al cual pueden convertirse concretamente en formas de acción y formas

de relación. Asimismo, es en la medida en que esta práctica reflexiva implica un análisis crítico de lo que se sostiene como verdadero, tanto individual como colectiva o socialmente, que el *cuidado de sí* se revela intrínsecamente a la vez como un cuidado de los otros y del mundo compartido, porque constantemente se están revisando las preconcepciones que se poseen sobre los demás y la realidad, abriendo así la oportunidad de modificarlas.

CONCLUSIONES

Las afinidades entre los planteos de Hills y Watson y Foucault pueden destacarse con claridad ya que, en ambas caracterizaciones del cuidado -aunque una se dé en el marco de la Enfermería y la otra de la filosofía- se recuperan sus notas fundamentalmente como *práctica humana* e, incluso, para ambos enfoques eso significa: *práctica relacional y reflexiva*. Desde el comienzo al final de nuestra existencia, nuestra vida está entramada con la de otros, el *auto* y el *alter* son las dimensiones vertebradoras de todas nuestras prácticas (Torralba Rosello, 2005), y somos seres pensantes, es decir, que podemos “tomar distancia respecto de la manera de hacer y reaccionar, ponerlas como objeto e interrogarlas sobre su sentido, sus condiciones, sus fines” (Foucault, 2010b, p. 996).

De acuerdo con lo expuesto en ambas aproximaciones, la práctica del cuidado vincula estrechamente la dimensión del conocimiento con la dimensión ética, puesto que la relación de cuidado se presentó como una relación de análisis y crítica de lo que se considera como verdadero e incide por ello en el modo de auto-observarse, comprender a los demás y entender la realidad. Siguiendo los desarrollos de Hills y Watson y Foucault, una relación de cuidado es entonces una relación en que las partes involucradas, en su encuentro y por su encuentro, realizan y co-crean como condiciones concretas lo que se estiman como principios éticos y para la producción del conocimiento: la reciprocidad, el examen y auto-examen, el mutuo empoderamiento, la producción de sentido sobre la experiencia compartida. Con todas las especificidades y diferencias en sus funciones – sea entre docentes y estudiantes o entre profesionales y sujetos de cuidado – ambas partes se ponen en juego y están dispuestas a ser modificadas en y por la interacción con la otra.

¿Qué quiere decir entonces, luego de todo este recorrido reflexivo, que la relación entre Enfermería y filosofía puede entenderse como una relación de cuidado? Provisoriamente -porque se trata de algo para seguir pensándolo y construyéndolo en nuestras prácticas- significa que ya no corresponde preguntar qué “le aporta” o “para qué le sirve” la filosofía a la Enfermería o en qué le contribuye a la filosofía el entrar en contacto con la Enfermería. Pensar una

relación de cuidado entre ellas implica señalar que ambas tendrán que realizar y co-crear ese enriquecimiento recíproco, el sentido de su encuentro, las contribuciones que puede tener para su mutuo fortalecimiento y auto-observación, tanto epistémico como ético y, en conjunto, para sus aportes en términos de entender y transformar la realidad social, el mundo compartido.

Sin embargo, puede decirse algo más sobre la orientación de su encuentro y la tarea que plantea. Si el cuidado, tanto en su sentido general de práctica humana como en su ejercicio específico (profesional y filosófico), se halla profundamente ligado a la carencia y la incertidumbre; si todo este desarrollo fue habilitado por un intercambio de inquietudes entre las fragilidades y fortalezas de la filosofía y la Enfermería, entonces *la reflexión sobre el cuidado* será siempre a la vez un *cuidado de la reflexión*. Es decir: una solicitud por resguardar y promover esa actividad del pensamiento que permite llevar comprensivamente la relación consigo mismo, los demás y el mundo, y que revela que muy temprano en la historia el arte de vivir -la inquietud por llevar una existencia sabia, buena y bella- se entendió fundamentalmente como un *arte de cuidar*.

REFERENCIAS

- Collière, M-F. (2009). *Promover la vida*. McGraw-Hill Interamericana Editores.
- Durán de Villalobos, M. (2001). *Enfermería. Desarrollo teórico e investigativo*. Universidad Nacional de Colombia.
- Foucault, M. (2018). *¿Qué es la crítica? Seguido de La cultura de sí*. Siglo Veintiuno Editores.
- Foucault, M. (2010a). *La ética del cuidado de sí como práctica reflexiva de la libertad*. En *Obras esenciales* (pp.1027-1046). Paidós.
- Foucault, M. (2010b). *Polémica, política y problematizaciones*. En *Obras esenciales* (pp.991-998). Paidós.
- Foucault, M. (2008). *Hermenéutica del sujeto. Curso en el Collège de France 1981-1982*. Fondo de Cultura Económica.
- Freire, P. (2015). *Pedagogía del oprimido*. Siglo Veintiuno Editores.
- Hills, M. y Watson, J. (2011). *Creating a Caring Science Curriculum. An Emancipatory Pedagogy for Nursing*. Springer Publishing Company.

Nietzsche, F. *Sobre verdad y mentira en sentido extramoral*. Tecnos

Rodríguez, S., Cárdenas, M., Pacheco, A.L., Ramírez, M., Ferro, N., Alvarado, E. (2017). *Reflexión teórica sobre el arte del cuidado*. *Enfermería Universitaria*, 14 (3), 191-198.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2017.05.004>

Spinoza, B. (2011). *Ética*. Alianza.

Torralba Roselló, F. (2005). *Esencia del cuidar*. Siete tesis. *Sal Terrae*, 93, 885-894.



NORMAS
DE
PUBLICACIÓN



NORMAS GENERALES DE PUBLICACIÓN

Las normas para publicación de trabajos en esta Revista están basadas en la traducción del documento “Requisitos uniformes para manuscritos presentados a revistas científicas” (**estilo APA**) de la Asociación Americana de Psicología.

Los manuscritos deberán ser enviados acompañados de una carta de solicitud de publicación, indicando dirección, teléfono/fax y e-mail para contacto con el/la (os/as) autor/a (es) (as) responsable (es), especifique la clasificación del tipo de artículo, y complete la declaración de exclusividad de destino del artículo a la Revista de Crear en Salud.

Correo electrónico de la Revista Crear en Salud:
revistacrear@enfermeria.fcm.unc.edu.ar

Serán aceptados manuscritos en español, inglés y portugués.

El Comité de Redacción asegura el anonimato de los(as) autores (as) en el proceso de evaluación por los dos consejeros designados, del Consejo Científico, como también es asegurada la reserva de identidad de los evaluadores que participan, permitiendo libertad en su evaluación.

El Comité de Redacción se reserva el derecho de no aceptar los manuscritos o de sugerir evaluantes, modificaciones de estructura o contenido, que serán comunicados a él/los (as) autores (as). No serán admitidos agregados o alteraciones del texto, después del envío para su edición.

Los Autores de los manuscritos no aceptados para publicación serán notificados, para lo cual la justificativa de la no aceptación, será alcanzada a aquellos autores que la soliciten.

NORMAS PARA LA PRESENTACIÓN DE TRABAJOS

Los manuscritos resultantes de la investigación, o relato de experiencia vinculada a seres humanos, deberán indicar si los procedimientos desarrollados respetan las pautas establecidas en la Declaración de Helsinki (1975 y revisada en 1983). Actualizada 2013

Los Artículos presentados en eventos (congresos, simposios, seminarios, entre otros) serán aceptados mientras que no hayan sido publicados íntegramente

en anales y que tengan autorización, por escrito, de la entidad organizadora del evento, cuando las normas del evento así lo exigieran. Excepcionalmente serán aceptados manuscritos ya publicados en periódicos extranjeros, mientras que sean autorizados por el Comité Editorial del periódico, en que el manuscrito haya sido originalmente publicado.

Opiniones y conceptos emitidos en los artículos, así como la exactitud, adecuación y procedencia de las situaciones bibliográficas, son de exclusiva responsabilidad de los/as autores (as), no influyendo necesariamente la posición del Comité de Redacción.

Autores

El/los (as) autores (as) deberán presentar una declaración de responsabilidad y transferencia de derechos de autoría, en ocasión de envío del texto final del artículo después de atendidas las reformulaciones solicitadas por el Comité de Redacción.

- Se deberán registrar todos los autores/as en la plataforma Open Journal Systems (OJS) completando todos los datos solicitados
- En “**Institución**” en el OJS completar según **Resol. HCS-1125**
- El autor que posee un registro en ORCID (Registro Único de Investigadores) debe incluirlo en el OJS
- Todos los autores/as deben completar el ítem “Conflicto de interés” en el OJS
- También deberán completar el ítem Organismos Colaboradores
- Los artículos publicados serán de propiedad de la Revista, impidiendo cualquier reproducción total o parcial en cualquier otro medio de divulgación, impresa o electrónica, sin la previa autorización de la Revista.

Categoría de los Artículos

La Revista clasificará los artículos de acuerdo con las siguientes secciones: editorial, artículos originales, modelos de intervención, ensayos o notas teóricas, relatos de experiencias, informes técnicos.

Artículos Originales: límite de 15 páginas. Son considerados dentro de esta sección: Informes de Investigación: relato de resultados de investigación concluidas.

Reflexión: presenta material de carácter opinativo y/o análisis de cuestiones que puedan contribuir para profundizar los temas relacionados al área del cuidado de salud y de la Enfermería a la que se destina la revista. El manuscrito debe presentárselo considerando los siguientes requisitos: -Título del artículo en inglés, español y portugués- Nombre completo de el / los (as) autores (as) digitado en espacio simple en el margen derecho de la página, indicando en nota a pie de página los títulos académicos, cargos ocupados y nombre de la institución a la cual el / los (as) autores (as) están vinculados. -Resumen: en español, inglés y portugués, destacando Introducción con objetivo, Método, Resultados, Discusión y Conclusiones, con límite de **300 palabras-Descriptores**, palabras clave identificando el contenido del artículo, de **3 a 5 “palabras clave”** en los dos idiomas. Para determinarlos debe consultar la lista de Descriptores en Ciencias de la Salud (DECS), elaborada por la Bireme y disponible en Internet en el site: <http://www.bireme.br>

Texto ordenado en introducción, metodología, resultados y discusión.

Tablas y Figuras (fotos, gráficos, dibujos y cuadros) deben ser enumeradas consecutivamente en números arábigos, con sus respectivas leyendas y fuentes. Enumerar consecutivamente por el orden de citación en el texto: las citas directas, serán presentadas en el texto entre comillas, indicando el autor y el año - Notas de pie de página: restrictas al mínimo. Considerar Normas APA. Última edición.

Referencias bibliográficas: conforme estilo APA.

Modelo de Intervención: límite de 10 páginas. Espacio destinado a la divulgación de proyectos de intervención en salud.

Debe contener: -Título en inglés, portugués y español -Nombre completo del (la) autor (a) (digitado en espacio simple, en el margen derecho de la página) indicando en nota pie de página el título académico, cargo ocupado y nombre de la institución a la cual está vinculado.-Referencia bibliográfica del modelo de intervención de acuerdo con el estilo “APA” -Resumen informativo con **hasta 150 palabras**, en portugués, en español e inglés (iniciando por el idioma original del modelo de intervención) -Descriptores, palabras clave identificando el contenido del artículo, de **3 a 5 “palabras clave”** en los dos idiomas.

Para determinarlos debe consultar la lista de Descriptores en Ciencias de la Salud (DECS), elaborada por la bireme y disponible en Internet en el site:
<http://www.bireme.br>

Texto ordenado: en introducción, metodología, resultados y discusión.

Tablas y Figuras: (fotos, gráficos, dibujos y cuadros) deben ser enumeradas consecutivamente en números arábigos, con sus respectivas leyendas y fuentes. Enumerar consecutivamente por el orden de citación en el texto: las citas directas, serán presentadas en el texto entre comillas, indicando el autor y el año - Notas de pie de página: restringidas al mínimo. Considerar Normas APA. Última edición.

Referencias bibliográficas: conforme estilo APA.

Modelo de Intervención: límite de 10 páginas. Espacio destinado a la divulgación de proyectos de intervención en salud.

Debe contener: -Título en inglés, portugués y español -Nombre completo del (la) autor (a) (digitado en espacio simple, en el margen derecho de la página) indicando en nota pie de página el título académico, cargo ocupado y nombre de la institución a la cual está vinculado.-Referencia bibliográfica del modelo de intervención de acuerdo con el estilo “APA” -Resumen informativo con **hasta 150 palabras**, en portugués, en español e inglés (iniciando por el idioma original del modelo de intervención) -Descriptores, palabras clave identificando el contenido del artículo, de **3 a 5 “palabras clave”** en los dos idiomas.

Para determinarlos debe consultar la lista de Descriptores en Ciencias de la Salud (DECS), elaborada por la bireme y disponible en Internet en el site:
<http://www.bireme.br>

Texto ordenado: en Introducción (donde se especifique en que consiste la intervención, a quien va dirigida, fundamentación, antecedentes), metodología, implementación, evaluación y referencias bibliográficas.

Relatos de Experiencias: límite de 10 páginas. Estarán referidos a todos aquellos escritos que den cuenta de experiencias realizadas en el ámbito de la academia o del servicio y que sea de interés su divulgación.

Debe contener: -Título en inglés, español y portugués -Nombre completo del (la) autor (a) (digitado en espacio simple, en el margen derecho de la página)

indicando en nota pie de página el título académico, cargo ocupado y nombre de la institución a la cual el/la (os/as) autor/a (es/as) esta (n) vinculado/a (os) (as) -Referencia bibliográfica cuando hubiera, de acuerdo con el estilo “APA” -Dirección completa, teléfono/ fax y e-mail del (la) primer(a) autor (a) -Resumen informativo con **hasta 150 palabras**, en portugués, en español e inglés (iniciando por el idioma original del proyecto de intervención) -Descriptor, palabras clave identificando el contenido del artículo, de **3 a 5 “palabras clave”** en los dos idiomas. Para determinarlos debe consultar la lista de Descriptores en Ciencias de la Salud (DECS), elaborada por la bireme y disponible en Internet en el site: <http://www.bireme.br>

Texto ordenado: en introducción, desarrollo, conclusión y referencias bibliográficas. En la introducción se plantearán las situaciones preliminares que dieron lugar a la experiencia, los marcos teóricos que fundamentaron su puesta en práctica y los objetivos de la misma. En el desarrollo se consignarán todos los pasos seguidos en la implementación, así como los conflictos, contradicciones, logros y transformaciones alcanzadas. La conclusión debe constituir un espacio de síntesis integradora entre la experiencia y las bases conceptuales seleccionadas, a la vez que puede contener reflexiones de los autores y sugerencias o propuestas.

Informes Técnicos: límite de 3 páginas. Espacio destinado a todos aquellos relatos de resultados de proyectos o programas que se desarrollaron en forma autónoma o en convenios con instituciones nacionales o internacionales. Es un documento que describe el estado de un problema técnico. Es la exposición de información práctica y útil, de datos y hechos dirigidos, ya sea a una persona, una empresa u organización, sobre una cuestión o asunto que debe ser reportada.

Debe contener: -Título en inglés, español y portugués -Nombre completo del (la) autor (a) (digitado en espacio simple, en el margen derecho de la página) indicando en nota pie de página el título académico, cargo ocupado y nombre de la institución a la cual el/la (os/as) autor/a (es/as) esta (n) vinculado/a (os) (as) - Referencia bibliográfica cuando hubiera, de acuerdo con el estilo “APA” -Dirección completa, teléfono/ fax y e-mail del (la) primer(a) autor (a), -Resumen informativo con **hasta 150 palabras**, en portugués, en español e inglés (iniciando por el idioma original del proyecto de intervención) -Descriptor, palabras clave identificando el contenido del artículo, de **3 a 5 “palabras clave”** en los dos idiomas. Para determinarlos debe consultar la lista de Descriptores en Ciencias de la Salud (DECS), elaborada por la bireme y disponible en Internet en el site: <http://www.bireme.br> No se estipulan normas específicas en este caso, solo respetar normas generales.

Ensayos o Notas Teóricas: límite de 5 páginas. Espacio destinado a la divulgación composición escrita en prosa que, de forma breve, analiza, interpreta o evalúa un tema. Este tipo de texto, motiva el pensamiento crítico e independiente de quien escribe, ya que incita a un análisis profundo e individual de algún tema en particular. Como características generales podemos decir que todo Ensayo académico hace uso de un lenguaje formal y se escribe en tercera persona del plural o con voz neutra; posee un contenido relevante y bien documentado, así como muestra una opinión propia pero justificada con otras fuentes. El autor tiene libertad de enfoque, aunque deberá mantener rigor académico. Admite opiniones personales sin exigencia de pruebas y juicios de valor sobre el tema. Revela en la mayoría de los casos una tesis personal, originalidad y coherencia expositiva.

Debe contener: -Titulo en inglés, español y portugués -Nombre completo del (la) autor (a) (digitado en espacio simple, en el margen derecho de la página) indicando en nota pie de página el título académico, cargo ocupado y nombre de la institución a la cual el/la (os/as) autor/a (es/as) esta (n) vinculado/a (os) (as) -Referencia bibliográfica cuando hubiera, de acuerdo con el estilo “APA” -Dirección completa, teléfono/ fax y e-mail del (la) primer(a) autor (a), -Resumen informativo con **hasta 150 palabras**, en portugués, en español e inglés (iniciando por el idioma original del proyecto de intervención) - Descriptores, palabras clave identificando el contenido del artículo, de **3 a 5 “palabras clave”** en los dos idiomas. Para determinarlos debe consultar la lista de Descriptores en Ciencias de la Salud (DECS), elaborada por la bireme y disponible en Internet en el site: <http://www.bireme.br>

Texto ordenado: en introducción, desarrollo, conclusiones y referencias bibliográficas.

Aviso de derechos de autor/a

Aquellos autores/as que tengan publicaciones con esta revista, aceptan los términos siguientes:

a. Los autores/as conservarán sus derechos de autor y garantizarán a la revista el derecho de primera publicación de su obra, el cual estará simultáneamente sujeto a la Licencia de reconocimiento de Creative Commons que permite copiar, distribuir, exhibir e interpretar la obra siempre que no se haga con fines comerciales.

b. Los autores/as podrán adoptar otros acuerdos de licencia no exclusiva

de distribución de la versión de la obra publicada (p. ej.: depositarla en un archivo telemático institucional o publicarla en un volumen monográfico) siempre que se indique la publicación inicial en esta revista.

c. Se permite y recomienda a los autores/as difundir su obra a través de Internet (p. ej.: en archivos telemáticos institucionales o en su página web) luego del proceso de publicación. (Véase el efecto del acceso abierto).

Declaración de privacidad

Los nombres y direcciones de correo-e introducidos en esta revista se usarán exclusivamente para los fines declarados por esta revista y no estarán disponibles para ningún otro propósito u otra persona.

El Comité Editor se reserva el derecho de efectuar las correcciones ortotipográficas y de diseño que considere pertinentes.