

número **2**

EDICIÓN
DIGITAL

Desafíos

Enfermería & Educación / año 2014



ISSN 1668-754X

Organo de difusión
científica de la Asociación
de Escuelas Universitarias
de Enfermería de la
República Argentina

**Presidente**

Mg. Ana María Heredia
(Universidad Nacional de Quilmes)

Vicepresidente I

Lic. Rossana Lina Moyano
(Universidad Nacional de Tucumán)

Vicepresidente II

Mg. María Alejandra Chervo
(Universidad Nacional de Rosario)

Secretaria

Mg. Judit Figueira
(Universidad Adventista del Plata)

Pro- secretaria

Lic. Rosa Esther Dinardo
(Universidad Nacional de Santiago del Estero)

Tesorero

Lic. Ramón Álvarez
(Universidad Nacional de Lanús)

Pro-tesorera

Lic. María Victoria Rosso
(Instituto Universitario del Hospital Italiano)

Vocal I

Esp. María Margarita Rabhansl
(Universidad Austral)

Vocal II

Lic. Laura Elena Lucas
(Universidad Nacional del Sur)

Comisión Revisora de Cuentas

Lic. Sergio Santa María
(Universidad Autónoma de Entre Ríos)

Lic. Dolores Latugaye

(Universidad Austral)

Lic. Mónica González

(Universidad Nacional de Mar del Plata)

DIRECTORES EDITORIALES**Ana María Heredia**

Directora Carrera Licenciatura en Enfermería
Universidad Nacional de Quilmes, Argentina.

Esp. Lic. Margarita Rabhansl

Directora Escuela de Enfermería
Universidad Austral, Argentina.

Mg. Judit Figueira

Directora Carrera de Enfermería
Universidad Adventista del Plata, Argentina.

Lic. Ramón Álvarez

Director Carrera y Ciclo de Licenciatura de Enfermería
Departamento de Salud Comunitaria
Universidad Nacional de Lanús, Argentina.

COMITÉ EDITORIAL**Lic. Maximiliana La Rosa Salaberry**

Universidad Austral, Argentina.

Mg. Lic. Silvia Cárcamo

Departamento de Salud Comunitaria
Universidad Nacional de Lanús, Argentina.

Lic. Beatriz Pandeles (in memoriam)

Departamento de Salud Comunitaria
Universidad Nacional de Lanús, Argentina.

Esp. Lic. Ester Armand Ugon

Departamento de Salud Comunitaria
Universidad Nacional de Lanús, Argentina.

Lic. Mabel Fortunato

Departamento de Salud Comunitaria
Universidad Nacional de Lanús, Argentina.

COMITÉ DE REFERATO**Mg. Ana María Heredia**

Directora Lic. Enfermería
Universidad Nacional de Quilmes

Lic. Ramón Alvarez

Director Lic. Enfermería
Universidad Nacional de Lanús

Mg. Judit Figueira

Directora Lic. Enfermería
Universidad Adventista del Plata

Esp. María Rabhansi

Directora Lic. Enfermería, Universidad Austral

Lic. Susana García

Directora Lic. Enfermería
Universidad Católica de Cuyo

Lic. Gabriela Felippa

Directora Lic. Enfermería
Universidad ISALUD

Lic. María Inés Martínez
Directora Lic. Enfermería
Universidad Nacional de Catamarca

Lic. Gloria Bonelli
Directora Lic. Enfermería
Universidad Nacional de Córdoba

Lic. Jorge Rivero
Director Lic. Enfermería
Universidad Nacional de Entre Ríos

Mg. Susana Prysiazniy
Directora Lic. Enfermería
Universidad Nacional de Misiones

Mg. Hector Stroppa
Director Lic. Enfermería
Universidad Nacional de Río Cuarto

Mg. Alejandra Chervo
Directora Lic. Enfermería
Universidad Nacional de Rosario

Mg. Ana Lía Mesquida
Directora Lic. Enfermería
Universidad Nacional de Santiago del Estero

Lic. Rossana Moyano
Directora Lic. Enfermería
Universidad Nacional de Tucumán

Lic. Fernando Gómez
Director Lic. Enfermería
Universidad Nacional del Nordeste

Lic. Amalia Moi
Directora Lic. Enfermería
Universidad Nacional de Salta

Lic. Irene Simeoni
Directora Lic. Enfermería
Universidad de Buenos Aires

Lic. Marta Valero
Directora Lic. Enfermería
Universidad Nacional de Cuyo

Lic. Laura Celaya
Directora Lic. Enfermería
Universidad Nacional de Mar del Plata

Lic. Pedro Venegas
Directora Lic. Enfermería
Universidad Nacional San Juan Bosco

Lic. Muriel Ojeda
Directora Lic. Enfermería- Río Gallegos
Universidad Nacional de la Patagonia Austral

Lic. Marta Aliaga
Directora Lic. Enfermería- Puerto San Julián
Universidad Nacional de la Patagonia Austral

Lic. Silvia Duarte
Directora Lic. Enfermería
Universidad Nacional de San Luis

Lic. José Escobar
Director Lic. Enfermería
Universidad Favaloro

Lic. Victoria Rosso
Directora Lic. Enfermería
Instituto Universitario Hosp. Italiano B. A.

Lic. Sergio Santa María
Director Lic. Enfermería
Universidad Autónoma de Entre Ríos

Lic. Laura Lucas
Directora Lic. Enfermería
Universidad Nacional del Sur

Lic. Viviana Aguilar
Directora Lic. Enfermería
Universidad Nacional del Centro

Lic. Mónica Martinelli
Directora Lic. Enfermería
Instituto de Enseñanza Superior del Ejército

Lic. José Molina
Director Lic. Enfermería
Instituto Universitario CEMIC

Mg. Miriam Galván
Directora Lic. Enfermería
Universidad Nacional de Avellaneda

Lic. Marcelo Insaurralde
Director Lic. Enfermería
Universidad Nacional Arturo Jauretche

Mg. Jorge Sabbadini
Director Lic. Enfermería
Universidad Abierta Interamericana

Lic. Margarita Maldonado
Directora Lic. Enfermería
Universidad Nacional de San Juan

Lic. David Pagano
Director Lic. Enfermería
Universidad Nacional de La Plata

Lic. Martha Torre
Directora Lic. Enfermería
Universidad Nacional de Villa María

Mg. Néstor Ravier
Director Lic. Enfermería
Instituto Universitario Italiano de Rosario

Lic. Lucía Vera
Directora Lic. Enfermería
Universidad Nacional del Litoral

número **2** EDICIÓN DIGITAL

Desafíos

Enfermería & Educación / año 2014



Sumario

Docencia 13

Enfermería

Prof. Lic. Cecilia L. Rossi

29

Cultura y Salud

Lic. Ester Elisa Armand Ugon, Lic. Beatriz Pandeles (in memoriam)

38

Necesidad: concepto nuclear de la práctica de Enfermería: distintas posiciones abordadas en relación a las necesidades humanas

Psic. Sandra Marcos, Lic. Cecilia Rossi, Esp. Lic. Mónica Ruiz Brok

52

Biografías educativas: relatos de experiencias significativas de estudiantes de la licenciatura de enfermería de la Universidad nacional de Lanús (2009)

Lic. Ester Elisa Armand Ugon, Lic. Beatriz Pandeles (in memoriam)

Investigación	58	Obesidad y sobrepeso en niños: un espejo en los estilos de vida en la sociedad actual Ríos L., Serra S., Caballero N., Riquelme A., Núñez L.
	80	Intensidad de colaboración en el equipo multidisciplinario de salud Noelia Zemleduch, Daniela Edith Escudero, Brigitte Marsollier
	86	Comparación de estilo de vida en enfermeros de una institución privada y pública de la provincial de Entre Ríos Grethel Samojluk Haselbek, Daniela Edith Escudero
	100	Los dialogos interculturales y la promoción del Buen Vivir en Contextos adversos. Comunidad Wichi. Celaya, Laura Adriana; Marti Velázquez, Gabriela Fernanda; Barg, Mónica Viviana; Oyarburo, Norma Liliana
	112	Calidad de sueño en enfermería: el trabajo nocturno en una sociedad moderna Nora Carabajal, Cintia Toscano, Ariel Decunto
	120	Situaciones de violencia a los que han estado expuestos los enfermeros Fernanda Carrizo, Olga Escobar, Alejandra González, Marisa Murdocca, Directora. Mg. Ana María Heredia.

Gestión	135	Escasez de enfermeros: una mirada desde las políticas públicas. Heredia, A.M.; Espíndola, K.
	145	Inauguración de la Escuela de Enfermería “Irma Laciari de Carrica” Ramón Alvarez
Misceláneas	149	Programa de verano 2014 Ramón Alvarez

Editorial

Mg. Ana María Heredia
Presidente AEUERA



La Conferencia Mundial sobre la Educación Superior realizada en París en el año 1998 señalaba que la Educación Superior en el siglo XXI, enfrentaba desafíos y dificultades relativos a la igualdad de condiciones de acceso a los estudios, la necesidad de una mejor capacitación del personal, la búsqueda y conservación de la calidad de la enseñanza, la consistencia y pertinencia de los planes de estudios y la proyección de las posibilidades de empleo de los egresados.¹

A este respecto, podemos decir, que a casi veinte años de aquella significativa declaración, los sistemas educativos se enfrentan aún hoy con la responsabilidad de responder a una doble exigencia: por un lado, acabar de cumplir la vieja promesa de la modernidad: una escuela efectivamente universal y educadora; y, por otro lado, preparar nuestras sociedades para el desafío actual de las sociedades post industriales a escala mundial.

A esta reflexión sobre los desafíos para el ámbito educativo deben añadirse aquellos otros concernientes a la práctica enfermera, que también se expresan en la misma clave, como una continuidad: hacer frente a las transformaciones en los perfiles de salud de las poblaciones.

Este complejo escenario nos lleva a reflexionar sobre la necesidad de resignificar la práctica y la formación

¹ Conferencia Mundial sobre la Educación Superior; “La Educación Superior en el siglo XXI: Visión y acción”; París; 9 de octubre de 1998.

enfermera. Ello inevitablemente nos conduce en primera medida a una reflexión crítica sobre los paradigmas para el cuidado y la atención de las personas, y sobre la necesidad de construir enlaces entre el ámbito académico y el ámbito laboral.

Considero que esta reflexión epistemológica nos permitirá redefinir la práctica, la formación, la regulación y la investigación en Enfermería ya que facilitará en gran medida repensar el hacer y el ser profesional. Esto adquiere mayor relevancia en el momento histórico actual de discusión y reafirmación del quehacer autónomo, en donde las exigencias de estos tiempos llevan a trabajar en el domicilio de la persona, en los hospitales de día, con los ancianos, con las personas en estado crítico, con nuevas tecnologías, necesitando una sólida formación general y especialización para trabajar con el individuo, la familia y las comunidades.

Por ello y tal como lo plantea el documento sobre las orientaciones para la educación inicial de Enfermería en las Américas: hacia el 2020, resulta imprescindible comprender que el proceso de formación de enfermeros es de socialización de conocimientos, principios, valores, conciencia sanitaria y habilidades técnicas en un campo complejo de lo científico, técnico, ético y político (1).

Desde este marco, resulta significativo destacar el trabajo que realiza desde hace más de 47 años, la Asociación de Escuelas Universitarias de Enfermería de la República Argentina (AEUERA) contribuyendo a

la búsqueda de la excelencia en el campo de la docencia, la investigación y la extensión solidaria entre las carreras de enfermería universitarias del país, formando profesionales de la más alta calidad científico-técnica y ética.

Desde este marco, nos hemos propuesto como estrategia de fortalecimiento institucional, ampliar la participación de todas las universidades en el espacio de comunicación y producción de conocimiento que posibilita la revista DESAFÍOS.

Estamos profundamente convencidos de que la apertura de este espacio de comunicación educativa permitirá reorientar la formación hacia una nueva perspectiva que llevará a los profesionales a tener una visión de la complejidad del fenómeno de la salud.

Es fundamental que nos situemos dentro de las coordenadas del mundo en que hoy vivimos, el cual se ha metaforizado como un mundo en red. En este mundo en red, las revistas científicas que históricamente han sido un recurso de información de suma importancia para la comunidad científica a escala internacional debido al grado de confiabilidad y autoridad que ofrecen en la producción de conocimiento, necesitan ampliar las fronteras de difusión y tomar las herramientas informáticas para continuar socializando el conocimiento.

La revista DESAFÍOS se propone generar un espacio de reflexión, discusión e intercambio para ampliar y continuar difundiendo investigaciones, innovaciones, novedades y noticias del ámbito de la salud en general y de la Enfermería en particular, para contribuir a mejorar la calidad y la igualdad en el acceso al conocimiento, en atención a las exigencias del tiempo que ahora vivimos.

Estamos convencidos que la construcción de conocimiento es un hecho social y colectivo que se acrecienta en la medida que se van incorporando nuevas voces a la discusión sobre el saber. La revolución tecnológica y de comunicación llevada a cabo en los últimos años ha facilitado la incorporación de esas nuevas voces que se suman, por ejemplo, en cada nueva investigación científica publicada. Cada producción científica dada a conocer nos muestra y demuestra cada día la complejidad que representa lo humano, la salud, la enfermedad y la atención enfermera.

La búsqueda permanente del sentido asignado a nuestra práctica, y por ende a la formación en Enfermería, dota de sentido a la disciplina. Ese sentido manifestado a través de la escritura, quizás una de las más importantes tecnologías, y más aún la publicación de lo escrito, irá creando una “memoria social” que a su vez nos permitirá construir, de construir y reconstruir una identidad colectiva que, como ya sabemos, es uno de los elementos centrales a la hora de pensar en una profesión. Confiamos en que esa búsqueda de sentido,

mediada por la publicación y difusión de lo escrito colectivamente, le dará sentido, visibilidad y orientación a la disciplina, a las universidades y a nuestro país.

Mg. Ana María Heredia

(Endnotes)

1 (2) Velandia Mora AL. Para qué publicar en Enfermería. Revista Investigación y Educación en Enfermería 2008; XXVI(2): 60-71.

Enfermería

Prof. Lic. Cecilia L. Rossi¹



Palabras claves

Educación superior

Competencias

Formación profesional

Contacto

clrossi2@hotmail.com

Resúmen

Cuando hablamos de competencia y de profesional competente, presente en varias profesiones, entre ellas la enfermería y la medicina donde se discute sobre competencia clínica, competencia profesional, competencias del estudiante, de educación basada en las competencias finales del alumno, de la evaluación de la competencia, de los instrumentos y sistemas de acreditación de la competencia, de la gestión y la retribución de la competencia profesional.

Autores como While A. (Competence versus Performance) y Watson R, Stimpson A, Topping A, Porock D. (Clinical competence assessment in nursing: a systematic review of the literature.) reiteran la necesidad de tener claro términos como son: la competencia, la capacidad y la ejecución o desempeño.

Hoy en día se tiene muy claro que Enfermería debe brindar un CUIDADO DE CALIDAD, EQUITATIVO, SEGURO, ÉTICO, para lo cual el profesional debe ser competente y demostrar competencias. Muchos Currículos de América Latina ya se desarrollan por competencias ¿Pero es esto aplicable a nuestra realidad?

El presente artículo trata de visualizar distintas miradas respecto a cómo debería ser la formación de profesionales en el siglo XXI.

¹ Lic. Cecilia Rossi: Profesora Titular UNR. Docente-Investigador Categoría III del Programa Nacional de Incentivo Docente. Licenciada en Enfermería. Doctoranda. Integrante Comité Bioética – Fac. Ciencias Médicas-UNR. Argentina.

Introducción

La sociedad contemporánea enfrenta cada día un proceso acelerado de cambios en todos los ámbitos del acontecer político, social, científico y cultural. Este proceso se manifiesta en las diferentes visiones del mundo, en los modelos de desarrollo y en los paradigmas científicos y tecnológicos.

Para sociólogos y pensadores de este tiempo, la sociedad que está emergiendo se denomina learning society o “sociedad del conocimiento”², por el papel que juega éste en el proceso productivo, aún cuando otros prefieren llamarla “sociedad de la información”. Tünnermann, plantea que es más apropiado llamarla “sociedad del aprendizaje”, por el papel clave que el “aprendizaje permanente” está desempeñando en ella.

Lo anterior implica abordar el impacto de la educación en la sociedad del tercer milenio como un proceso que requiere ser analizado permanentemente. Los diversos agentes y complejos factores que componen el sistema educativo hacen de él un campo inagotable de exploración, por tanto de investigación.

En la Conferencia Regional de América Latina y El Caribe se declara que “la educación general, y la superior en particular, son instrumentos esenciales para enfrentar exitosamente los desafíos del mundo moderno y para formar ciudadanos capaces de construir una sociedad más justa y abierta, basada en la solidaridad, el respeto por los derechos humanos y el uso compartido del

conocimiento y la información. La educación superior constituye un elemento insustituible tanto para el desarrollo social, la producción, el crecimiento económico y el fortalecimiento de la identidad cultural, como para el mantenimiento de la cohesión social, la lucha contra la pobreza y la promoción de la cultura de la paz”.

Frente a esta demanda que se hace a la educación general, quienes trabajan en la academia deben preguntarse ¿cuánto de ella le corresponde a la educación superior? y dentro de las universidades ¿cómo están respondiendo a este nuevo paradigma los programas de pregrado, y especialmente los de postgrado? Más aún, ¿cómo la universidad da cuenta, en la promoción de los estudiantes de pre y postgrado, del desarrollo de sus capacidades para crear, utilizar y difundir el conocimiento? En palabras de Delors, si la educación constituye un instrumento indispensable para que la humanidad pueda progresar hacia los ideales de paz, libertad y justicia social, ¿de qué manera se está respondiendo a estos ideales?

La Dra. Jasna Stjepovich, de la Universidad de Concepción (Chile) al disertar sobre “Promover el análisis de las realidades y perspectivas de la enfermería en un mundo globalizado, generando propuestas que permitan optimizar la formación en el siglo XXI”, señala que la sociedad no puede sustraerse a los cambios propios del desarrollo y evolución. Tampoco en consecuencia pueden hacerlo los sistemas y las instituciones universitarias. Del mismo modo no es posible

abstraerse de considerar los movimientos y tendencias mundiales, así como las consecuencias que de ellos se derivan. Al mismo tiempo, los países, directa o indirectamente, experimentan los impactos originados por la expansión del conocimiento.

Considerando lo anterior se considera necesario formar a las personas para la vida en esta nueva sociedad, la del conocimiento. Se necesita generar capacidades en las generaciones presentes para construir las bases humanas, ambientales y materiales del desarrollo futuro.

Como sugiere A. De Alba “Se podría avanzar en la construcción de nuevas configuraciones curriculares capaces de producir nuevos espacios sociales e identidades re-centradas alrededor de otros proyectos que puedan imaginar, crear y hacer realidad la globalización de alternativas, frente a las opciones interesadas de la globalización de las hegemonías”.

En su investigación EL CURRÍCULO UNIVERSITARIO ANTE LOS RETOS DEL SIGLO XXI llega a las siguientes afirmaciones: existe una seria dificultad o incapacidad de los académicos de las universidades públicas, que han intervenido en procesos curriculares para participar como sujetos de los procesos de sobre determinación curricular, que se constituye como un bloqueo histórico y social que obstaculiza y dificulta pensar y actuar de manera analítica, propositiva y crítica ante los retos que el siglo XXI le plantea al currículo universitario.

¿Cómo se inserta Enfermería en este mundo globalizado? Se inserta y proyecta con el objetivo de mantener la excelencia del Cuidado de Enfermería: Es decir, en el asegurar que se disponga de un cuerpo de conocimientos propios que sustenten su accionar. Para ello se requiere invertir en talento humano, siendo la Educación Avanzada en Enfermería, principalmente de nivel de Post Grado lo fundamental para desarrollar las Competencias y las Capacidades de liderazgo y la investigación científica y humanística en la especialidad.

¿Cómo debe ser la escuela en el siglo XXI?

Nos adentramos en una época en la que, debido a la rapidez y profundidad de los cambios sociales, los alumnos precisan mucho más que la mera adquisición de conocimientos. Necesitan, sobre todo, una actitud crítica y reflexiva ante aquellos, la capacidad de recrearlos y superarlos. Este sería el significado del tan citado lema de aprender a aprender. Como trabajador, fundamentalmente, pero asimismo como ciudadano, como consumidor, como protagonista de cualquier relación social, el individuo ha de ser capaz de percibir, interpretar y asimilar situaciones nuevas, saber adaptarse o responder de manera activa ante ellas; en definitiva, ha de tener flexibilidad.

La elaboración de un proyecto educativo requiere de un profesorado dispuesto a dejarse empapar por el entorno, a implicarse con él desde una actitud de servicio público. Además, exige que este profesorado dis-

ponga de un mínimo de conocimientos de sociología que le capacite para el análisis de la estructura social circundante. Sería conveniente, seguramente, contar con la colaboración de un sociólogo especializado en temas educativos, que trabajase en el ámbito de un distrito o municipio. Muchas veces los proyectos de centro habrán de ser, al menos en parte, proyectos de barrio, de distrito, de zona, etcétera.

Esta propuesta no nos debe hacer caer en el error de que la sociología analizaría el contexto, lo social, lo de fuera: como si la escuela, en sí misma, no fuera la sociedad o un microcosmos social. Lo social está dentro de la escuela, pero está oculto tras la ideología dominante según la cual la institución escolar sería un mero reflejo imparcial de los méritos de cada individuo. Las aulas son escenarios en los que conviven la cultura académica y la de calle, la cultura “cultura” y las culturas populares, la cultura de la minoría dominante y las de las minorías étnicas, la cultura masculina y la cultura femenina. Una escuela para todos debe partir de que la cultura que transmite ni es neutra ni ha de ser necesariamente la mejor posible.

Ahora bien, es necesario ser consciente de las dificultades que puedan presentarse en el desarrollo de propuestas inherentes a la orientación hacia la flexibilidad, pues cualquier propuesta de cambio, entra en el juego de las posiciones y las posiciones políticas, ideológicas y teóricas de los diferentes actores institucionales y pueden generara sentimientos de des-

concierto, carencia, vacío y angustia entre ellos, susceptibles de conducir a la producción de resistencias expresadas en diferentes formas. (Díaz Villa).

Es un hecho que el propósito fundamental de la flexibilidad en una institución consiste en generar una nueva cultura académica que no sólo sea el fundamento de nuevas prácticas pedagógicas, sino también, el fundamento de nuevas actitudes hacia el conocimiento, la sociedad y la cultura y hacia las relaciones sociales. (Díaz Villa).

En un DOCUMENTO DE TRABAJO DE NOVIEMBRE DEL 2000 (14) se analiza que al iniciar cambios curriculares existe un gran temor a avanzar en los mismos: se tiende a repetir el error de dejar al estudiante siempre en la antesala de la participación. Se eterniza el uso de problemas de papel y el estudiante no es aceptado como parte de un equipo de salud donde puede y debe participar. Es decir basar su educación en la solución de problemas de salud, que caracteriza el de los años más avanzados. La transición del problema de papel al problema real es muy lento. Incluso en programas en su cuarto año innovado tienden a dejar al estudiante paralizado en problemas de papel y en meras discusiones de teoría que no confronta la realidad.

Cada escenario de salud (Hospital, consultorios, centros de salud, programas de salud) y no sólo la Universidad., debe asegurar que esto es parte de las competencias esperadas y exigidas en la práctica profesio-

nal. Por mucho que se hayan utilizado metodologías educacionales innovadoras en algunos momentos, si les tocó trabajar en servicios de salud de mala calidad (y sin un esfuerzo crítico por mejorarlo) o sólo recibieron un apoyo educacional mediocre, el resultado educacional reflejará mediocridad.

Si la salud se toma como un derecho que se debe satisfacer y no como una mercancía por la que se compite por ganancias pecuniarias, debemos dirigirnos a formar profesionales de buen nivel y en tiempos adecuados.

Un artículo de Laura Camargo Macruz Feuerwerker consultora de la Fundación Kellog para los programas UNI (UNA NUEVA INICIATIVA para la formación profesional en salud y prácticas profesionales) discute con mucha claridad algunas de las disculpas que se dan (con demasiada frecuencia) para no hacer nada de innovación en esta necesaria educación o para mejorar los paradigmas de salud. ¡Debemos identificar la urgencia de trabajar con la realidad de evaluarla, modificarla y hacerla más equitativa AHORA!

Lo que el desarrollo social y profesional ha ido generando no debe ser puesto de lado. Pero la experiencia reciente de reforma educacional y, especialmente en salud, a través de múltiples mecanismos, ha llevado a inmensos cambios en el sector salud con una enorme pérdida de cobertura y de la calidad de ella. La importancia de identificar y aprender a analizar su impacto así como su modificación

para influenciar favorablemente los problemas e da para todas las profesiones .Así, el Documento –declaración sobre la EDUCACIÓN SUPERIOR EN EL SIGLO XXI: VISION, ACCION Y MARCO de acción prioritaria para el cambio y el desarrollo de la EDUCACIÓN SUPERIOR de la UNESCO, EN Octubre de 1998, indica que este desarrollo social es fundamental :establece la necesidad de prestar particular atención a UNA ALTA CALIDAD Y UNA CLARA CONCIENCIA DE LA PERTINENCIA SOCIAL DE LOS ESTUDIOS Y DE SU FUNCION DE ANTICIPACIÓN SOBRE BASES CIENTÍFICAS.

El origen de las competencias

En el caso de enfermería, la universidad prepara graduados y profesionales para un contexto mundial en el que tienen lugar la prestación y la gestión de los cuidados dentro de la atención de salud. En los inicios del siglo XXI, el Consejo Internacional de Enfermeras afirma que “es ya una realidad, el mercado mundial incluye la libre y rápida circulación de las profesionales enfermeras”.

Mario Díaz Villa habla de una realidad constituida y constituyente (estructurada y estructurante) en el sujeto que le permite desempeñarse en diferentes niveles, planos y contextos, más allá de parámetros, lógicas establecidas y de límites impuestos y asumir modos de aprender, pensar y hacer-actuar en la sociedad y nominalmente *esa realidad como la compe-*

tencia profesional un objeto de conocimiento que es el producto de una combinación de condiciones y posibilidades objetivas y subjetivas.

De acuerdo al Consejo Regional de Enfermería del MERCOSUR (CREM) las competencias del graduado de enfermería son capacidades adquiridas mediante el desarrollo del sistema de formación integrado por valores y sustentado por habilidades, cognitivas, procedimentales y actitudinales inherentes a un saber pensar, saber ser, saber estar juntos, saber aprender, saber hacer en la práctica profesional. Esto permite la resolución de problemas de diferentes grados de complejidad con un conocimiento global.

Esto se relaciona a lo que cuando Díaz Villa habla de condiciones objetivas se refiere que la competencia como una construcción social no puede abstraerse de los procesos y relaciones que la construyen, jerarquizan y legitiman. La competencia se desarrolla y valida en instituciones especializadas cuyas ideologías y proyectos formativos están delineados y expresados en currículos y pedagogías específicas.

Los procesos formativos se realizan en el interior de los campos de conocimiento y de práctica fundamentados en principios y teorías, hipótesis, interpretaciones y configurados en prácticas de interacción enseñanza aprendizaje. En contextos específicos donde se refuerza la actividad y creatividad del estudiante, en relación con los saberes y prácticas propios del campo.

Su logro y desarrollo está asociado a fines y objetivos relacionados con el saber y el hacer dentro de contextos específicos y a criterios de actuación o desempeño verificables y demostrables.

En Argentina la educación superior se enfrenta a los mismos desafíos que a nivel mundial. Se hacen esfuerzos por transformarla, pero a juicio de algunos educadores se mantienen patrones más bien tradicionales, especialmente en el plano de la docencia⁵... Las universidades cumplen funciones académicas, esencialmente de: transmisión a sistematización del conocimiento (docencia), creación del conocimiento (ciencia y tecnología) y aplicación o uso del conocimiento (extensión).

El desafío de la educación de enfermería hoy es responder a un paradigma en el cual el conocimiento es el centro de atención, y el objetivo primordial es desarrollar capacidades para operar con ese conocimiento, mediante el logro de competencias que el estudiante podría aplicar en diferentes contextos del ámbito local, nacional o mundial. Si ésta es una tarea de las universidades, cabe preguntarse ¿cómo plantear un currículo por competencias? Una primera respuesta debería tener relación con la pertinencia. Se sabe que la docencia en la educación terciaria o superior debe incorporar las nuevas demandas sociales, culturales y productivas del país, lo que implica que debe existir una conexión entre el quehacer académico y la realidad del entorno. Tünnermann asevera que existe la tendencia a reducir el concepto de pertinencia

a la respuesta que ésta debe dar a las demandas de la economía o del sector laboral. Se entiende que la pertinencia correspondería a la consistencia que debe existir entre lo que la sociedad espera de las instituciones y lo que éstas hacen. Esta situación implica, para las instituciones de educación, conocer la realidad del mundo del trabajo y reflejarla en los programas académicos, incorporando nuevas competencias a los perfiles profesionales de los egresados y pedir a los docentes el desarrollo de esas nuevas competencias.

La pertinencia se debe examinar no sólo en el trabajo académico, sino en función de la misión y los objetivos de la institución en el contexto actual global. Otra forma de llegar a identificar la pertinencia es determinar la relación que existe entre economía, conocimiento y competencia. Hoy se considera que la economía de un país se basa en el conocimiento y, por lo tanto, se “soporta principalmente en el uso de las ideas, porque el conocimiento se está desarrollando y aplicando en nuevas formas”⁷. Castro dice que éste se referiría más bien a una revolución del pensamiento que se caracteriza por la complejidad de las construcciones mentales y, en la estructura misma del conocimiento contemporáneo del ser humano, por una forma particular de procesar la información y una predisposición del estudiante para construir su conocimiento.

La **Formación** hoy en día reclama aptitudes particulares y conocimientos especiales, para realizar efectivamente una práctica, para ejecutar tareas

simples o complejas en contextos conocidos, o para resolver problemas en contextos desconocidos. La competencia, en este sentido, asocia como componentes fundamentales, resultados de aprendizaje y criterios de desempeño.

Cabe aclarar que no todos los docentes universitarios están de acuerdo con este concepto sino que manifiestan que hay que preparar a los profesionales para el contexto en que se desarrollan solamente.

Según Barnett, 2001, Lave 1988, Lave y Wenger 1991, Wengwer 1998, la formación y el desarrollo de competencias de los futuros profesionales deben favorecer, (Díaz Villa)

- El análisis socializado y crítico sobre el aprendizaje de conocimientos y de prácticas que incluya la reflexión sobre el propio aprendizaje.
- El desarrollo de un aprendizaje permanente en diferentes contextos (críticos de descubrimiento y de práctica) que trasciendan al aprendizaje descontextualizado de los problemas propios del estudiante y sus espacios de acción.
- La capacidad de analizar las implicaciones sociales, políticas, económicas, de su propia profesión y asumir críticamente posturas alternativas que favorezcan tanto a su persona como la colectividad.

En este sentido, el desarrollo de competencias tiene una relación directa con las formas de interacción que

se activan en los diferentes contextos de aprendizaje. La Declaración Mundial sobre la Educación Superior en el siglo XXI plantea que la pertinencia de la educación superior en relación con el servicio a la sociedad, debe propiciar un análisis que incorpore lo inter y lo transdisciplinar. Para Morín, “el pensamiento complejo, que está en la esencia de la interdisciplinariedad, mantiene una tensión permanente entre la aspiración a un saber no parcelado, no dividido, no reduccionista y el reconocimiento de lo inacabado e incompleto de todo conocimiento. La esencia misma de la educación, en su visión del pensamiento complejo, radicaría en los siete saberes fundamentales que la educación del futuro debe tratar en cualquier sociedad y en cualquier cultura. 1. El conocimiento del conocimiento. 2. Los principios de un conocimiento pertinente. 3. Enseñar la condición humana. 4. Enseñar la identidad terrenal. 5. Enfrentar las incertidumbres. 6. Enseñar la comprensión y 7. Enseñar la ética del género humano”.

¿Cómo lograr estos saberes en el contexto actual? Siendo el conocimiento la materia prima esencial del nuevo paradigma productivo, la educación superior y la investigación forman, hoy en día, parte fundamental del desarrollo cultural, social, económico y ecológicamente sostenible de las naciones. Una economía basada en el conocimiento o en el aprendizaje global está transformando los requerimientos del mercado del trabajo. Lo anterior plantea nuevas demandas en los ciudadanos, quienes necesitan más habilidades y conocimientos para poder desempeñarse en su vida cotidiana.

Para ello tenemos que repensar y aceptar que los cambios sociales a nivel mundial llevan a problemas sociales en la educación superior. Para lo cual el, conocimiento de qué y cómo es la sociedad, así también como la comprensión del cambio social y su impacto en todos los actores sociales.

“No se puede saber lo que es saber, es decir, qué problemas encaran hoy su desarrollo y su difusión, si no se sabe nada de la sociedad donde aparece. Y, hoy, más que nunca, saber algo de esta última es en principio elegir la manera de interrogar, que es también la manera en la que ella puede proporcionar respuestas”.

Jean François Lyotard

Equipar a las personas para atender estas demandas requiere cambios, nuevos modelos de educación y capacitación, e incentivar un aprendizaje permanente que abarque el aprendizaje formal (escuelas, instituciones, universidades), el aprendizaje no formal (capacitación estructurada en el sitio del trabajo) y el aprendizaje informal (habilidades aprendidas de los miembros de la familia o de personas de la comunidad). Implica también alcanzar el dominio, no sólo de habilidades y conocimientos, sino de actitudes, de valores personales y de vida en sociedad; en síntesis, de competencias de aprendizaje en cuatro diferentes áreas, que, en opinión de Delors, corresponden a los cuatro pilares de la educación:

1. Aprender a conocer: transitar entre una cultura general amplia y los conocimientos particulares de las diferentes disciplinas, en torno a problemas e interrogantes concretos que derivan del actuar profesional. Esto requiere aprender a aprender, con el fin de aprovechar las posibilidades que ofrece la educación a lo largo de la vida, es decir lograr mantener un aprendizaje permanente.
2. Aprender a hacer: adquirir no sólo una certificación profesional, sino más bien competencias que capaciten para hacer frente a gran número de situaciones previstas e imprevistas, mediante la ejecución de procedimientos y rutinas técnico – profesionales.
3. Aprender a vivir juntos: realizar proyectos comunes y prepararse para asumir y resolver los conflictos, respetando los valores del pluralismo, el entendimiento mutuo y la paz, a través de la comprensión del otro y de las formas de interdependencia.
4. Aprender a ser: actuar con creciente capacidad de autonomía, de juicio y responsabilidad personal, para que aflore en mejor forma la propia personalidad, el proyecto de vida.

Según el DOCUMENTO: LAS COMPETENCIAS DE LA LOE Y EL TRABAJO EN EL AULA-CONSEJO EDUCATIVO DE CASTILLA-2-4 JULIO 2007:

Hacer un desarrollo curricular atendiendo a las **competencias básicas** de la persona podría suponer un avance en cuanto a favorecer una mayor funcionalidad de los aprendizajes, un tratamiento más integrador de los mismos y, al definirse como básicas, una forma de asegurar que toda la población las adquiriera.

En la práctica puede suponer posibilidades de avance para apoyar un trabajo más renovador (o al menos más innovador) en las aulas. Especialmente en los institutos de secundaria puede ser una forma de ir más allá de lo específico del área.

Sin embargo no se puede dejar de poner de manifiesto que no debemos olvidarnos de llevar a hacer un planteamiento de competencias pues asumirlas en forma acrítica puede suponer avalar los intereses de grupos sociales, económicos y de poder más **innovadores** pero que desean perpetuar y consagrar la desigualdad como situación natural.

Quizás la vía sea, con todos los riesgos que podría comportar, en orientar las competencias hacia una propuesta de bien social y compartido, analizando y revisando, en todo momento, si éste es el camino que se está siguiendo.



El auge desde los 90, de modelos educativos basados en competencias aparece como respuesta a las demandas que la sociedad hace a la escuela para que forme ciudadanos y ciudadanas capaces de integrarse con éxito en la sociedad actual y responder a sus necesidades empresariales y económicas. La educación se vuelve así, dependiente de las demandas de un tipo de sistema social y económico determinado.

Debería estar claro el tipo de sociedad a que se aspira y de la que se parte y con igual claridad, definirse las pretensiones y orientar las competencias hacia la preparación de la ciudadanía para desenvolverse y conformar dicha sociedad.

Se puede perder el trabajo global, la transversalidad si no nos preguntamos y/o aseguramos si es posible definir realmente las competencias que se van a pedir al alumnado mientras no se sepa ver la instrumentalidad de todas las materias.

Incluir una propuesta de competencias en un sistema academicista que no cambia en lo fundamental, supone un **parche** que llevará a la anulación de las mismas (introduciendo un simple cambio de lenguaje) o a una interpretación sesgada e interesada de ellas.

Errores: Se traducen las competencias en forma de enfocar las áreas. Se parte de ellas y las competencias se dirige a la mejor consecución de lo académico en las mismas. Se produce una paradoja entre un concepto

transversal, como es el de las competencias, y un diseño disciplinar tal y como aparecen en el currículo que impide que se trabaje conjuntamente. Así desde cada área se va hacia la competencia, y no al revés, desde la competencia se estructura el área.

Las competencias deben ser una respuesta a la sociedad que existe y a la que se pretende. No deben tener una finalidad intrínseca de preparación para el mismo sistema educativo. Las características sociales, deberán estar presentes como generadoras del proceso y el posicionamiento ante la misma también: conservar o ir contra los privilegios que en ella existen.

Contextualizando el desarrollo de competencias

Para la formulación de las competencias desde una visión global, pueden tenerse en cuenta los “cuatro pilares de la educación”, recomendados por la UNESCO en el informe de Delors. Estas recomendaciones inspiran las transformaciones socio-educativas actuales. No obstante pareciera complejo establecer una asociación entre economía y competencias. Es posible establecer una asociación entre la formación basada en las competencias y el surgimiento de una economía basada en el conocimiento, cuando se plantea el valor que tiene el conocimiento como producto para el desarrollo humano (económico, político y social) y cuando se reconoce que ese conocimiento no es sólo información, sino el producto de un procesamiento intelectual de esa información. Como ese valor es ob-

servable por los desempeños en una serie de tareas, el planteamiento de competencias permite identificar ese desempeño que concatena conductas en todas sus dimensiones (personal, del producto y el trabajo y social). Cuando se definen objetivos y/o conductas en los programas, generalmente se plantea un comportamiento observable en el hacer, que no siempre permite el alcance del logro esperado, desde un punto de vista integral.

En el nuevo paradigma productivo identificado anteriormente, basado en el poder del conocimiento y el manejo adecuado de la información, se sostiene la necesidad de incorporar la educación permanente para todos y para toda la vida. Se puede decir, entonces, que la educación superior, específicamente la universitaria, es una instancia formadora de capital humano de avanzada.

La educación superior debe preparar al futuro egresado en tres dimensiones de competencia profesional: 1. *Formación Personal*, asociada a la capacidad para actuar en el mundo con autonomía, y crecer permanentemente a lo largo de la vida; 2. *Formación para la Producción y el Trabajo*, que corresponde al desarrollo de capacidades tecnológicas, desarrollo emprendedor, habilidades intelectuales, hábitos de cumplimiento y desempeño laboral, capacidad reflexiva y crítica frente a la práctica productiva; y 3. *Formación para vivir en Sociedad*, asociada a comportamientos en grupos humanos con los cuales debe

interactuar la persona a lo largo de su vida, e incorpora el factor ético-moral-valórico, que orienta y da sentido al trabajo profesional.

En Chile, a nivel gubernamental, se ha aumentado la inversión en formación de capital humano de avanzada; hoy existen más recursos y becas para la formación de postgrado y una creciente inversión en ciencia y tecnología, potenciando el apoyo a proyectos de investigación.

En diversas partes del mundo crece en importancia el enfoque de competencias y surgen opiniones a favor y en contra. Lo cierto es que éstas aparecen como exigencias de la época y, por ende, en los criterios de acreditación de carreras y de programas. El currículo en la educación superior puede diseñarse tomando como centro de interés las competencias propias de cada profesión e integrándolas con los conocimientos y demás competencias (cognoscitivas, comunicativas, socio-afectivas) que se requieren para actuar en un mundo tecno-digital y de permanente evolución socio-cultural. La Declaración Mundial sobre la Educación Superior para el siglo XXI declara que ésta desempeñará un papel clave para promover la capacidad de innovación y creatividad, que es indispensable un adecuado equilibrio entre la formación general y la especializada, así como el énfasis en los procesos de aprendizaje más que en los de enseñanza.

El concepto de competencia en el ámbito laboral

El desarrollo de competencias también puede contextualizarse en un marco de desarrollo humano, aludiendo al desarrollo integral de cada quien y a un desarrollo en el marco del aprendizaje permanente. Ello implica cambiar el modelo mecánico, basado en información que imparte el docente, por un nuevo tipo de aprendizaje que se centre en generar, aplicar, analizar y sintetizar conocimiento y comprometerse en aprendizaje colaborativo durante la vida. El desafío es ¿cómo transformar la educación? ¿Cómo cambiar ahora los currículos hacia un enfoque por competencias?

Una definición general de Competencias es “el conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes que permiten desempeñar con éxito una determinada función laboral” Relacionando esta definición con los pilares de la educación de Delors, se pueden reconocer tres dimensiones esenciales de las competencias: Conocimientos (Saber), Habilidades (Saber hacer) y Actitudes (Saber ser); para algunos educadores y pensadores, el saber convivir es parte del saber ser.

Esta definición de competencias incorpora el desempeño y la función laboral. La Organización Internacional del Trabajo (OIT), en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), definen competencia laboral como: “la construcción social de aprendizajes significativos y útiles para el desempeño productivo en una situación real de trabajo, que se obtiene no

sólo a través de la instrucción, sino también, y en gran medida, mediante el aprendizaje por experiencia en situaciones concretas de trabajo”. La principal crítica a esta definición, es que omite o ignora la formación personal y social. Este último aspecto es recogido muy bien por Maturana y Nisis, cuando plantean que “la educación es formar seres humanos para el presente, para cualquier presente, seres en los que cualquier otro ser humano pueda confiar y respetar, seres capaces de pensarlo todo y hacer lo que se requiera como un acto responsable desde su conciencia social”. La UNESCO, el proyecto Tuning, Irigoien y Vargas y otros, han definido las competencias y las han clasificado de diferentes formas; es posible sintetizar esas concepciones en tres ideas fundamentales:

- Combinación de conocimientos, habilidades y actitudes.
- La idea de movilizar capacidades diversas para actuar logrando un desempeño.
- Este desempeño puede darse en diversos contextos, cuyos significados la persona debe ser capaz de comprender para que la actuación sea adecuada.

Si el desarrollo de competencias es un proceso de construcción de capacidades para un mundo global, éstas pueden describirse basándose en los cuatro (o siete) saberes de la educación planteados anteriormente en este artículo.

El CIE y la OIT /OPS han planteado competencias para una enfermera generalista, también el Tuning Europeo las ha definido. Ahora se puede dar una mirada al escenario en el que ocurre la formación profesional de la enfermera, sus niveles actuales y las posibilidades de articulación. A nivel internacional, la presencia de los proyectos Bolonia y Tuning ha planteado la necesidad de identificar cuatro líneas de trabajo: 1. Competencias genéricas y específicas. 2. Enfoques de enseñanza y aprendizaje. 3. Créditos académicos y 4. Calidad de los Programas.

A nivel nacional gubernamental, el Mecesup, Bicentenario presenta coherencia con una sociedad del conocimiento, y favorece el apoyo a la formación de postgrado, especialmente la formación de doctores, e incluye específicamente como meta, lograr un sistema de educación terciaria articulado desde formación técnica al doctorado.

Haciendo referencia a los niveles universitarios de enfermería profesional y su posible articulación con el postgrado, Enfermería de la Universidad de Concepción tiene alguna experiencia, aunque aún no puede mostrar resultados:

El Licenciado de Enfermería alcanza su grado a los cinco años de formación. La articulación es posible con el primer nivel de postgrado, que fuera un Magíster en Enfermería (profesional o académico) de dos años de duración y, en su calidad de licenciado,

podría optar directamente a un grado de Doctor en Enfermería de tres años de duración.

Como en el escenario externo la pertinencia tiene relación con las necesidades o demandas actuales del mercado, para esta enfermera, egresada de un magíster profesional, y para aquella egresada de un magíster académico, este tema se debe trabajar en reuniones, con grupos focales de enfermeras y encuestas de opinión con empleadores, académicos y enfermeras asistenciales.

Trabajando las competencias de Naturaleza Valórica (Actitudes) pensamos que el Licenciado en Enfermería debe tener: Capacidad de una gestión ética del conocimiento de la disciplina y de la profesión. Capacidad de tener una visión crítica global del mundo y perspectiva de futuro. Capacidad de reconocer y valorizar su responsabilidad social como postgraduado y ciudadano. Capacidad de emprendimiento en relación con el desarrollo de la disciplina. Capacidad de autocrítica.

Al respecto coincido con lo que sustentado por Habermas cuando considera a las personas como seres intrínseca, o al menos potencialmente, racionales, de modo que los intereses estimulado por la razón son más fundamentales que los motivados por la inclinación o el deseo. Cuando habla de interés fundamental se refiere a interés por la emancipación la cual significa independencia de todo lo que esta fuera del individuo y se trata de un estado de autonomía, por lo

que identifica la emancipación con la autonomía y la responsabilidad. (Grundy)

Conclusiones

Construir un currículo por competencias para un programa de postgrado implica, considerar la pertinencia tanto interna como externa, la articulación con los diferentes niveles de formación, las diferentes dimensiones del saber y fundamentalmente, el trabajo conjunto de quienes participan de la formación de postgrado.

Hay una frase clave en los diferentes textos de la reforma educativa que dice: “nuevos profesionales capaces de responder a los requerimientos de una sociedad de la información y globalizada”; esto exige que los nuevos profesionales estén dotados de procesos de pensamiento que no son fáciles de desarrollar sólo con estudios de pre y postgrado; debe ya haberlos iniciado en etapas anteriores de enseñanza.

También en enfermería, al igual que en todas las áreas, sucede que la velocidad de los cambios hace que los profesionales deban responder acertadamente a situaciones desconocidas e ir más allá del conocimiento conocido o preestablecido y se requiera crear interpretaciones particulares para determinadas situaciones. Esos mundos cambiantes requieren adaptación y flexibilidad.

Toda estructura es desestructurada, borrada por la temporalidad, por el tiempo. De acuerdo a LACLAU, el tiempo es la forma misma de la libertad. En los momentos de crisis, hay una mayor presencia y actuación de la temporalidad sobre la espacialidad-temporalidad. Son momentos privilegiados, ya que en la medida en que una estructura se encuentre en proceso de desestructuración, en proceso de descentramiento, las decisiones que se toman en el espacio social, en el espacio discursivo, dependen menos de la estructura y más de los sujetos sociales, que de diversas formas contribuyen a la dislocación y erosión de la estructura.

Pero al incorporarse la flexibilidad al espacio y orden discursivo de la Universidad, genera dificultades, dudas, ambigüedades, esto es así porque una noción con tendencia a la innovación quiere permear un orden discursivo anterior y diferente, el de la universidad del horizonte moderno del iluminismo, la universidad como espacio de la verdad científica, la universidad moderna, es aquella que como institución produce y transmite el conocimiento disciplinario bajo el modelo de la universidad napoleónica, aquella que venía formando a los profesionales en las disciplinas para el ejercicio de las profesiones liberales con énfasis en el conocimiento disciplinario (Orozco: 2000).

La formación en competencias rompe con esta forma tradicional de la enseñanza en las universidades y abre paso a nuevas formas de organización del conocimiento tendientes a integrar las áreas de conoci-

miento para la aplicación y resolución de problemas, regresa el tema de la multi, inter y transdisciplina al currículo, junto con nuevas formas de organización y gestión escolar para modificar radicalmente la verticalidad y rigidez en la transmisión de contenidos disciplinarios, la formación basada en competencias pone a toda su atención en el aprendizaje más autónomo y al ritmo de los estudiantes, que ahora aprenden a partir no de la repetición de contenidos, sino con base en experiencias integradoras del aprendizaje para la resolución de problema. (Orozco).

En este nuevo esquema educativo, la gestión docente basada en competencias tiene que asumir estrategias didácticas que profundicen el proceso como criterio formativo esencial, y que destaque la importancia de la función orientadora del profesor. Sin duda se requiere que todos los niveles de formación de pre y postgrado formulen también su currículo por competencias. En Chile se está avanzando en ello. El Tuning Latinoamericano está formulando competencias genéricas y específicas para egresados de pregrado.

Bibliografía

1. Jara Concha P., Stiepovich Bertoni J. *Curriculo por competencias en el post grado de enfermería*. Investig. Educ. Enferm. 2007, 25 (2): 122-129. investigación y educación en enfermería. ISSN01205307. Vol 25 nro.2 Medellin JULY Dic.2007.
2. Castells M. *La era de la información: economía, sociedad y cultura*. Madrid: Alianza Editorial; 1998. p.370.
3. Tünnermann C. *La universidad latinoamericana ante los retos del siglo XXI*. México: UDUAL; 2003. p.103, 258, 161.
4. Delors J. *La educación encierra un tesoro: informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la educación para el siglo XXI*. París: UNESCO; 1996. p.7, 16, 17.
5. Alba, Alicia de. *Curriculum sociedad. El peso de la incertidumbre, la fuerza de la imaginación*. Edit. Plaza y Valdes. 1ra. Edic., 2007. ISBN 978 970 32 4306 8 (UNAM).México.
6. Diaz Villa, Mario. *Hacia una sociología de las competencias*. Santiago de Cali, 4 de Octubre 2006.



7. Orozco Fuentes, Bertha. *Origen de la flexibilidad y su llegada al campo del currículo: más allá de la visión de economía informacional*.

8. Díaz Villa, Mario. *Lectura crítica de la flexibilidad*. Volumen 1. La educación superior frente al reto de la flexibilidad. Cooperativa editorial MAGISTERIO. Colección seminarium. 1ra. edic. 2007. Colombia.

9. Grundy, Shirley. *Producto o praxis del curriculum*. Ediciones Morata. ISBN: 84-7112-358-4. 1991. Madrid.

10. Villalobos A. *El enfoque de competencias: una herramienta para optimizar la formación de postgrado*. Concepción, Chile: Universidad de Concepción. Escuela de Graduados; 2005. p. 3, 5.

11. UNESCO. *Declaración Mundial sobre la Educación Superior*. París: UNESCO; 1998. p.6, 34,7, 16.

12. Morín E. *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*. París: UNESCO; 1999. p.9.

13. Consejo Internacional de Enfermeras. *Modelo de Aplicación para el Marco de Competencias del CIE para la enfermera generalista*. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras; 2003. 32 p.

14. *I Reunion Internacional. Documentos de Trabajo*. Paho - WHO. 22 al 25 de Noviembre 2000. Guadalajara, Mexico.

15. *Las competencias, la LOE, y el trabajo en el aula* (Artículo) – consejo Educativo de Castilla 2 al 4 de julio de 2007. Páginas 1 a 17.

16. Delors J. *La educación encierra un tesoro: informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la educación para el siglo XXI*. París: UNESCO; 1996. p.7, 16, 17.

17. *Tuning Educational Structures in Europe* [Internet]. Bilbao: Universidad de Deusto; 2004. [consultado el 25 de mayo de 2006]. Disponible en: <http://www.tuning.unideusto.org/tuningeu/index.php>

Cultura y Salud

Lic. Ester Elisa Armand Ugon

Lic. Beatriz Pandeles (in memoriam)

Cultura y salud es una asignatura donde se conjugan contenidos de la salud pública y fundamentos de la enfermería articulados especialmente con las ciencias sociales, y entre éstas especialmente la antropología.

Siendo la antropología la ciencia que estudia a los “otros” en todas sus manifestaciones, partimos del concepto de cultura “como proceso de producción de fenómenos que contribuyen a reproducir pero también transformar el sistema social”.

Los docentes sabemos que la tarea de educar no se reduce a acercar información sino que comienza con la experiencia de pensar con y reflexionar juntos para poder transformar la realidad. En este compartir fuimos hilando algunos pensamientos colectivos que partieron de la pregunta ¿qué representa un extranjero o un inmigrante para nosotros?

Compartimos las respuestas de los estudiantes que por supuesto abrirán nuevas preguntas y horizontes de enseñanzas y aprendizajes.

“Es más fácil desintegrar un átomo que un prejuicio”
Albert Einstein

Desde que nacemos estamos inmersos en un medio social que actúa de igual manera que el medio físico transformando al individuo a través de un sistema ya construido de signos que modifican su pensamiento, le

propone valores nuevos y le impone obligaciones. “Por consiguiente, sin lugar a dudas la vida social transforma la inteligencia por el triple intermedio del lenguaje (signos), del contenido de los intercambios (valores intelectuales) y de las reglas impuestas al pensamiento (normas colectivas lógicas o prelógicas)”.¹

Tomando estas palabras de Piaget y relacionándolas con la antropología como ciencia que tiene a las culturas como objeto de estudio y a éstas como modos de transformar la naturaleza tanto en lo material como así también como en el pensamiento simbólico.

García Canclini define a la cultura “como proceso de producción de fenómenos que contribuyen a reproducir pero también transformar el sistema social”. Es decir que a través de la cultura los sujetos no sólo comprenden, conocen y reproducen el sistema social, sino que también elaboran alternativas para su transformación.

Distinguimos según Canclini las culturas hegemónicas y las subalternas. Nos referimos a culturas hegemónicas a aquellos modos de dominación mientras que las subalternas las llamamos populares. “Estas se configuran por un proceso de apropiación desigual de los bienes económicos y culturales de una nación o de un grupo social por parte de sus sectores subalternos, y por la comprensión reproducción y transformación de las condiciones generales y propias de trabajo y de vida”.³

“La comprensión de una cultura ha de darse sobre la totalidad de ella y no sobre una parte de la misma”. En tanto el problema de la cultura termina en el de la salud, en lo esencial de la cultura”.⁴

Kusch cala muy hondo en estas expresiones. No tenemos dudas que hablar de cultura es hablar en forma total e integral: no estamos hablando del aspecto iluminista sarmientino. ¿Y qué nos quiere decir que el problema de la salud nos lleva a lo esencial de la cultura? Hablar de salud nos remite a la búsqueda de bienestar, Floreal Ferrara habla de felicidad, de permanente lucha, otros de óptimo vital. En condiciones de desigualdad ¿cómo se logra? ¿Cómo entienden la salud las multiculturas? ¿Cómo nos preparamos los profesionales de la salud en la multiculturalidad?

Cultura se concreta entonces al universo simbólico en que habito. Pero este mismo universo tiene que estar jerarquizado e institucionalizado. Las instituciones sirven para mantener los modelos que mi cultura requiere. La iglesia, el estado, la enseñanza son los que administran los modelos estables. A su vez, estos modelos tienen que ser sentidos como propios, generados por la propia cultura. En este sentido un modelo cultural no es más que la visualización o concientización de un modo de ser.⁴

“Cultura en este sentido no es algo que flota sobre los individuos, sino que los prolonga, o mejor, los complementa biológicamente. Yo no termino con mi piel,

sino que logro mi consistencia en el proyecto de mi posibilidad de ser que me brinda la cultura que me rodea. De ahí el sentido etimológico de la cultura, como que me cultiva en tanto se conecta con mi posibilidad de ser de mi proyecto existencial, y además me brinda un modo de ser. Cultura es una prolongación biológica de mi cuerpo. Mejor dicho mi vida no termina con mi cuerpo sino que continúa en mi habla, mis estudios, mis costumbres, mis libros. Además, así tomada la cultura, todos la tienen, desde el humilde indio perdido en la puna hasta el rico burgués de Buenos Aires. Son formas estructuralmente semejantes, cumplen los mismos fines”.⁴

“Es universal mi posibilidad de ser, pero es local mi horizonte simbólico”.⁴

Cuando desde una perspectiva antropológica hablamos de modelos de atención, nos referimos no sólo a las actividades de tipo biomédico, sino a todas aquellas que tienen que ver con la atención de los padecimientos, en términos intencionales, es decir que buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y o curar un padecimiento determinado, lo cual implica asumir una serie de puntos de partida que contextualizan nuestro análisis de los modelos de atención.⁵

El biologicismo inherente a la ideología médica es uno de los principales factores de exclusión funcional de los procesos y factores históricos, sociales y culturales respecto del proceso salud-enfermedad y de las otras

formas de atención consideradas por la biomedicina como formas culturales, y en consecuencia excluidas o por lo menos subalternizadas.⁵

Tomando como referencia la ley de ejercicio profesional de enfermería Ley nacional 24004, en uno de sus artículos establece: “Respetar en todas sus acciones la dignidad de la persona humana, sin distinción de ninguna naturaleza”. Así también Madeleine Leininger, una de nuestras teóricas nos presenta un modelo de enfermería basado en los cuidados interculturales basada en la teoría relativista cultural, donde todas las culturas son legítimas y diferentes pero de alguna manera elude el problema de las diferencias como resultado de las desigualdades.

Es por eso que consideramos necesario comenzar definiendo y tomando posición desde que concepción de cultura nos basamos cuando hablamos de respeto a las diversas culturas y a la dignidad humana sin ninguna distinción.

¿Cómo brindar cuidados en contextos desiguales? Nuestros estudiantes, pertenecen a familias del conurbano bonaerense que hacen un gran esfuerzo para que no trabajen y puedan dedicarse por completo a sus estudios; algunos realizan actividades informales y otros son becarios universitarios. Son hijos de trabajadores y primera generación de universitarios y algunos han emigrado de las provincias del norte y una minoría proviene de países limítrofes.

Como docentes nos ocupa esta tarea que Mario Testa llama “la construcción del sujeto público y social” y nos interesa que los estudiantes revisen e interpelen sus matrices de aprendizajes, las ideas que tienen acerca del otro: el otro como yo, parecido a mí y el otro diferente a mí y en algún aspecto muy distinto a mí.

Es importante que pensemos cómo pueden presentarse esas diferencias en ese otro que será el sujeto del cuidado de enfermería. Diferencias que tendrán que ver con el modo de alimentarse, de dormir, de entender la enfermedad, de vincularse, de manifestarse artísticamente, de vivir la sexualidad, de trascender. Ese otro, convertido en sujeto de derecho de cuidado se presentará ante los profesionales de enfermería y seguramente según lo veamos serán los cuidados que reciba.

Por esta razón por preocupación nos dedicamos en esta primera etapa de formación a esta tarea introspectiva, tendiente a revisar nuestros prejuicios, nuestros modos de pensar y entender al otro, porque a través de un mayor conocimiento personal podremos establecer un vínculo terapéutico más saludable y respetuoso.

“P. Janet mostró de manera excelente cómo el lenguaje reemplaza en parte la acción, tanto que la introspección experimenta la mayor dificultad en discernir por sus solos medios que aquel es todavía un comportamiento verdadero: la conducta verbal es una acción, sin lugar a dudas, disminuida e interior, un bosquejo

de acción que incesantemente incluso corre el riesgo de permanecer en estado de proyecto, pero de todos modos es una acción, que simplemente reemplaza las cosas (con signos) y los movimientos (con su evocación), y que siguen operando, en pensamiento, con esos intermediarios”.¹

Realizamos la actividad con los estudiantes a partir de la lectura de un texto.

En coincidencia con el materialismo dialéctico, las diferencias en las culturas están determinadas por las desigualdades. La diversidad está sellada por la diferencia. Así aspectos biológicos como la raza quedan subsumidos o resaltados según la condición social; en nuestra sociedad no es lo mismo ser negro, inmigrante u homosexual si se es pobre o rico. Las condiciones de accesibilidad y de inclusión son desparejas.

En sintonía con el pensamiento del educador Paulo Freire, en el espacio de esta asignatura entre otras cosas pretendemos aprender a leer juntos el mundo.

A continuación de la pregunta formulada ¿Qué representación tienen de un extranjero? Ese interrogante, que fue realmente una de las respuestas, es la pregunta que pretendemos hacernos al plantearnos esta actividad que de ninguna manera pretendemos sea dar una fórmula, ni una respuesta certera, sino hurgar en nuestros pensamientos, en nuestros sentimientos que luego se convertirán en acción para revisar nuestras prácticas

y mejorarlas. Conocer nuestros prejuicios, reconocerlos y trabajar sobre ellos como parte de nuestro compromiso como docentes en la formación de enfermeros y enfermeras en esta etapa inicial de la vida universitaria.

Transcribimos textualmente el pensamiento gráfico de los estudiantes: un extranjero es:

- Ajeno.
- Desorientado.
- Recluido social.
- Persona que busca su bienestar, trabajar.
- Discriminación.
- Inferior.
- Buscar bienestar en otro país.
- Que tiene otra cultura.
- Persona con distinta cultura.
- Persona que viene de otro lugar para conseguir su objetivo: “trabajo”.
- Discriminados.
- Con los mismos derechos.
- Persona que es de otro país o lugar.
- En busca de un sueño o de un mejor bienestar.
- Desconfianza.
- Persona que puede vivir mejor en otro país.
- Padres luchadores sin cultura pero gran amor.
- Con derecho a poco en nuestra sociedad.
- Persona que viene a un país por diferentes necesidades.
- Me gusta que visiten el país.
- Refugiado.
- Individuo.

- Expulsado.
- Extranjero/ inmigrante. Persona normal.
- Como yo.
- Buscar nuevos horizontes.
- Representante social.
- Nueva vida.
- Nacionalización.
- Persona.
- Nuevas esperanzas.
- Discriminación.
- Persona que viene al país por ciertas razones.
- Extraño.
- Mano de obra barata.
- Desarraigado de sus costumbres.
- Desconocido.
- Trabajador.
- Es la persona que emigra de un lugar establecido. Algo o alguien extra de lo que conocemos como propio, diferente, poco común, distinto.
- Lenguaje distinto.
- Hermandad.
- Inmigrante, seguramente boliviano (negro).
- Invasión.
- Una persona que viene de afuera.
- De otro lugar.
- Ganas de progresar.
- Extranjero o inmigrante son los que se quedan con nuestro trabajo y se llevan la plata a su país.
- La persona que no es nacionalizada en un país nuevo.

- Xenofobia.
- Inmigrante boliviano.
- Es una persona que proviene de país por cosas cotidianas de la vida.
- Ilegal.
- Otras costumbres.
- Extraño.
- Alejarse del pasado.
- Que son discriminados, algunos por no poseer identidad (el documento) o por color de piel o rasgos.
- Mis vecinos.
- Mis abuelos.
- Otras raíces (otras costumbres).
- Compartir algo distinto.
- No argentino.
- Costumbres diferentes a las mías, ¿por qué está en otro país que no es el suyo?
- Los inmigrantes en la mirada del otro son maltratados/ discriminados.
- En búsqueda de mejora.
- La lucha!!!!!!!!
- ¿?

En estas afirmaciones aparecen distintas visiones del “otro en este caso inmigrante: algunas positivas, otras relacionadas con la búsqueda de bienestar y trabajo, otras valorativamente negativas vinculadas con la desconfianza, lo ajeno, lo discriminado y aquella persona que quita trabajo al local y una tercera visión son aquellas respuestas más analíticas y reflexivas que

plantean la defensa de la condición de persona con igualdad de derechos y oportunidades.

Sólo uno hizo referencia a la historia comparándola con los abuelos migrantes.

Algunos los vinculan con lo lejano y ajeno y otros con lo cercano: los vecinos.

Es imprescindible hacer una profunda reflexión ya que en nuestro contexto

“”nos encontramos con inmigrantes bolivianos que llegan para trabajar y terminan quedándose, instaurando sus prácticas culturales y por ende la otredad como opción existencial”, nuestros estudiantes provienen de barrios donde conviven con personas migrantes y a su vez serán proveedores de cuidados hacia ellos una vez que sean profesionales.

“Creemos que este enfoque nos facilita estar más humanamente con el pueblo; un pueblo que otorga sentido al título que nos acredita como profesionales (Kisnerman, 1998, p.9). Al decir pueblo, nombramos a todo ese gran sector humano que subsiste por su esfuerzo y trabajo, a ese sector que calladamente costea nuestros estudios y el bienestar de una minoría”.⁶

Nuestra tarea como docentes debería captar la lógica con que se mueven los sectores populares, sus estrategias de acción, sus representaciones sociales, sus

formas de vida, ya que la vida no se estudia solamente en el gabinete de los científicos, ni en las aulas universitarias o los gabinetes de investigación que miran desde afuera, desde lejos, a la distancia. Se capta en la calle, allí donde la gente vive... Como dice Casaravilla, “Los inmigrantes ilegales se han convertido en una nueva clase de villanos en este cambio de siglo, a contramano de la generosa tradición migratoria que caracterizara a la Argentina. Los nuevos extranjeros tienen un origen diverso al tradicional. Ya no vendrán los europeos, fugados de las persecuciones religiosas, de la guerra o de la miseria de otras épocas. Los peregrinos actuales son fundamentalmente latinoamericanos; bolivianos, paraguayos, peruanos, uruguayos o chilenos, constituyendo vertientes de un crisol del cual se esparcen constantemente, sin nunca fijarse”.⁷

Hay diferentes tipos de desvalorizaciones en las afirmaciones de los estudiantes:

- Racial, aludiendo al color, a la diferenciación social.
- Refuerza estigma social, agregando negación de derechos.
- Estigma nacional, son de Bolivia.
- Segregación geográfica.
- Estigma por estilo de vida y hábitos diferentes.
- Denigración de hábitos diferentes.

Refiriéndonos al simple sentido común -por así decirlo-, no puede haber amistad, hospitalidad o justicia sino ahí donde, aunque sea incalculable, se tiene en

cuenta la alteridad del otro, como alteridad -una vez más- infinita, absoluta, irreductible. Lévinas recuerda que el lenguaje, es decir, la referencia al otro, es en su esencia amistad y hospitalidad. Y, por su parte, éstos no eran pensamientos fáciles: cuando hablaba-La hospitalidad, en el uso que Lévinas hace de este término, no se reduce simplemente, aunque también lo sea, a la acogida del extranjero en el hogar, en la propia casa de uno, en su nación, en su ciudad. Desde el momento en que me abro, doy «acogida» -por retomar el término de Lévinas- a la alteridad del otro, ya estoy en una disposición hospitalaria. Incluso la guerra, el rechazo, la xenofobia implican que tengo que ver con el otro y que, por consiguiente, ya estoy abierto al otro. El cierre no es más que una reacción a una primera apertura. Desde este punto de vista, la hospitalidad es primera. Decir que es primera significa que incluso antes de ser yo mismo y quien soy.

El racismo no ha desaparecido todavía, incluso se es testigo aquí y ahora de diferentes formas, espontáneas, oficialmente toleradas o institucionalizadas de ciertos fenómenos de exclusión o de agresividad, de los cuales son víctimas ciertos grupos de personas cuya apariencia física, características étnicas, culturales o religiosas, difieren de las propias del grupo dominante y son por el interpretadas como indicios de inferioridad innata y definitiva, apta para justificar cualquier práctica discriminatoria respecto de ellos.

Sólo abordamos una forma de discriminación o segregación. Podríamos haber considerado las discriminaciones según orientación sexual, las pobrezaas, las discapacidades, la intolerancia religiosa, el racismo, entre tantas formas.

La discriminación también forma parte de una cultura de dominación vivida como una impronta de la exclusión social, donde solamente se valora al hombre por su capacidad de consumir y se lo excluye por su incapacidad de consumir. Lo que se reserva para el excluido es el lugar del no ser. Pertenece a la clase que tienen menos recursos y por ende, menos dignidad.

En consecuencia en toda discriminación hay una profunda raíz de acumulación y mala distribución del poder, que genera necesariamente abusos. Las víctimas son el fruto del verticalismo de la cultura, que excluye por causas sociales, o por la presunta debilidad del otro, o por sus características de sexo, raza, de religión o de ideas políticas...

Discriminar significa negar que los derechos humanos son derechos de todos. No hay derechos de unos contra los derechos de otros; nadie tiene un mayor derecho que otro.

La marginalidad comenzó a aparecer en América Latina como problema a partir de la segunda Guerra Mundial.

¿Cómo se constituye el sujeto originario de la vida? Se pregunta Mario Testa. Se trata de un proceso biopsico-social que se desarrolla a lo largo de toda la vida del individuo, con períodos que comprenden grandes transformaciones y otros de relativa estabilidad pero ninguno sin cambios de alguna envergadura.

El sujeto de la vida es un sujeto ideologizado y hay un doble proceso en la constitución del sujeto, por un lado se trata de transformaciones internas y personales que van conformando el aparato psíquico y por otra parte se producirán en consecuencia cambios considerables con la incorporación a organizaciones colectivas que darán un orden particular de ahí en más la vida del sujeto: ya sea la familia, el trabajo u otras instituciones de la sociedad y en este caso la universidad. La primera condición para entender por qué existen culturas populares es el reconocimiento de que son el resultado de una apropiación desigual de los bienes económicos y simbólicos existentes en una sociedad. Pero las culturas populares no son resultado únicamente de esta apropiación desigual del capital cultural. Derivan, también, de una elaboración propia de sus condiciones de vida y de una interacción conflictiva con los sectores hegemónicos. Por lo tanto, hay tres elementos necesarios para entender lo específico, lo que distingue a la cultura popular: la apropiación desigual de un capital cultural poseído por una sociedad _desigualdad en el acceso a la escuela, a la cultura, a todos los bienes materiales y simbólicos_ ; en un segundo lugar, la elaboración pro-

pia de sus condiciones de vida_ los sectores sociales le dan un sentido específico y diferente a sus maneras de vivir las relaciones sociales, y eso les da un sentido cultural propio_, y luego, en la medida en que se toma conciencia de esta polaridad, de esta desigualdad, un enfrentamiento, una interacción conflictiva con los sectores hegemónicos”.³

Este trabajo, no pretende ser una investigación ni un ensayo, pero si puede ser un punto de inicio para el trabajo áulico: dejar un espacio para el análisis y el debate de ideas, es parte de la construcción de ciudadanos. Es interesante cómo el pensamiento que prevalece en la comunidad tiene que ver con los valores simbólicos asimilados por la cultura hegemónica.

Esta es la tarea que nos queda pendiente a los educadores: enseñar y reflexionar con nuestros estudiantes sobre nuestros orígenes, nuestras procedencias y a animarnos a defender una cultura contra hegemónica, porque la transformación del mundo parte del plano de las ideas, de acuerdo a cómo pensamos es como actuamos.

Bibliografía

1. Jean Piaget; *La psicología de la inteligencia*, Biblioteca esencial del pensamiento contemporáneo. Siglo XXI, Buenos Aires, 2013.
2. Mariana Mancusi, Claudio Faccio, *Antropología social*, 5 edición, Editorial Docencia, Buenos Aires, 2003.
3. García Canclini, 1984.
4. Rodolfo Kusch, *Esbozo de una antropología filosófica americana*, Editorial Fundación Ross, Rosario, 2012.
5. Hugo Spinelli, Compilador, *Salud Colectiva*, Lugar Editorial buenos aires, 2004.
6. Kisnerman.
7. Diego Casaravilla, *Los Laberintos de la exclusión*, Lumen, Buenos Aires, 1999.
8. Carlos Eroles, Ma. Gagnete y Arturo Sala, *Antropología, cultura popular y derechos humanos*, Espacio, Buenos aires, 2004.
9. Mario Testa, *Saber en salud*. Lugar Editorial, Buenos Aires, 1997.
10. Derrida, Jacques, Editoral Ediciones La Flor, Buenos Aires, 2006.

Necesidad: concepto nuclear de la práctica de Enfermería:

Distintas posiciones abordadas en relación a las necesidades humanas.

Integrantes:

Psic. Sandra Marcos¹

Lic. Cecilia Rossi²

Esp. Lic. Mónica Ruiz Brok³

Palabras Claves

Necesidad

Cuidado

Sujeto

Teorías

¹ Profesora a cargo de la Titularidad de Psicología II y III. Escuela de Enfermería. Facultad de Ciencias Médicas. UNR. Argentina.

² Profesora Titular UNR. Docente-Investigador Categoría III del Programa Nacional de Incentivo Docente. Licenciada en Enfermería. Doctoranda. Integrante Comité Bioética –Fac. Ciencias Médicas-UNR. Arg. crossi2@hotmail.com

³ Profesora Adjunta UNR. Directora Departamento Médico-Quirúrgica Escuela de Enfermería. Facultad de Ciencias Médicas. UNR. Docente-Investigadora Categoría V del Programa Nacional de Incentivo Docente. Especialista en Docencia Universitaria. Arg.

Resumen

Consideramos que la determinación de un marco conceptual claro y preciso es indispensable para el desarrollo de la educación en la Enfermería, porque define, delimita, guía al cuerpo docente y da coherencia a la investigación, la gestión, la asistencia y la educación.

Por esto se pone de manifiesto la necesidad de definir términos y clarificar conceptos tales como NECESIDAD, lo cual nos define también con que modelo/os de enfermería trabajaremos

El concepto de NECESIDAD es el que da sentido a la práctica enfermera De Virginia Henderson, sostenemos gran parte de aquella definición que enuncia:

“... La única función de una enfermera es ayudar al individuo, enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud, a su recuperación o a una muerte tranquila y que él realizaría sin ayuda si tuviera fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible”.

Los autores planteamos distintas definiciones de NECESIDAD, desde distintas miradas así como los marcos conceptuales en los que se inscriben, tratando de realizar un análisis crítico desde el actual plan de estudios y con vista a un cambio curricular.

El marco conceptual de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNR define al hombre como un ser que tiene necesidades que son indispensables de satisfacer, para que no solo mantenga la vida, sino que alcance el desarrollo de sus capacidades con el máximo de calidad posible. Y una necesidad para una persona es una sensación de carencia unida al deseo de satisfacerla. Las necesidades son la expresión de lo que un ser vivo requiere indispensablemente para su conservación y desarrollo. En psicología la necesidad es el sentimiento ligado a la vivencia de una carencia, lo que se asocia al esfuerzo orientado a suprimir esta falta, a satisfacer la tendencia, a la corrección de la situación de carencia. Esta definición fue presentada por un docente de la Escuela y está basada a partir de lo que se trabajó, con consenso de todos los docentes involucrados en ese momento, para poner en marcha el Plan de Estudios de la Escuela de Enfermería del año 1992 vigente a la actualidad.

No fue casual ni azaroso este concepto al cual, hasta hoy adherimos. Surge del análisis crítico y metódico de posturas que embanderan cuatro teóricas de enfermería, a saber:

Florence Nightingale fue la primera enfermera que se planteó la enfermería desde el plano teórico su obra constituye el primer intento de definir la aportación específica de la enfermería al campo de la atención de salud.

En el desarrollo de su teoría, considerada como naturalista y humanista, influyeron numerosos factores,

los valores individuales, sociales y profesionales formaron parte de su trabajo. Transformó en actividades profesionales un sistema que se valía de los ignorantes e incompetentes para atender a los enfermos.

Su teoría se centra en el entorno aunque no lo define ni aparece como tal en sus manuscritos, si abarca todos sus componentes capaces de prevenir, limitar o contribuir a la enfermedad, los accidentes y la muerte.

Nightingale creía que la enfermedad era un proceso reparador y que el papel de la enfermera era evitar que se interrumpiera este proceso y proporcionar las condiciones óptimas para su desarrollo proporcionando las medidas medioambientales necesarias.

El objetivo central de su planteamiento teórico es conservar la energía vital de la persona partiendo de la acción que la naturaleza ejerce sobre las mismas y colocar al paciente en las mejores condiciones posibles para que esta actúe sobre él. Para ella la salud era estar bien, y ser capaz de usar adecuadamente toda la energía que el individuo posee y la enfermedad el intento para curar.

Distinguió dos tipos de enfermería para la salud: conocimiento necesario que toda mujer posee cuyo objeto es prevenir la enfermedad y las actividades encaminadas a este fin como propias de la enfermería e independiente de los médicos y para la enfermedad: ayuda que la enfermera da al paciente para ayudarlo

a vivir, apuntando que cuidar al enfermo es un arte que requiere un aprendizaje organizado y sistemático, práctico y científico. Fue la primera enfermera que definió estos dos conceptos en relación con la enfermería, el objetivo de los cuidados y el concepto mismo de la profesión enfermera, explicando las diferencias entre esta y la medicina.

Los principios de enfermería de Nightingale todavía se aplican en el ejercicio profesional y se reconocen la validez de sus conceptos como la higiene que fue revolucionario en su época y aun hoy caracteriza nuestra práctica, aunque parte de su lógica se haya modificado.

Esta teoría es eminentemente sencilla contiene tres relaciones principales, entorno, paciente y enfermera y aunque en realidad la autora no intentó desarrollar una teoría proporciona unas líneas generales para las enfermeras de todos los tiempos.

En 1943, Maslow formuló A Theory of Human Motivation, teoría en la que define una jerarquía de necesidades humanas y argumenta que a medida que los individuos van satisfaciendo las necesidades más básicas, los individuos desarrollan necesidades y deseos más elevados. Estas necesidades se agrupan en distintos niveles formando una pirámide según acompaña al post de tal manera que las necesidades situadas en la parte superior de la pirámide sólo requieren nuestra atención cuando tenemos satisfechas las necesidades más básicas o aquellas que se colocan en la parte in-

ferior de la pirámide. El movimiento entre las necesidades, se realiza mediante las fuerzas de crecimiento, que son los movimientos que cubren necesidades inferiores y empujan al individuo a las necesidades superiores y las fuerzas regresivas, que son aquellas que eliminan necesidades superiores y empujan al individuo hacia las necesidades más básicas.

La teoría de las necesidades de Maslow sobre la motivación humana cumple una serie de rasgos en la sociedad. El principal parámetro es el enunciado de que sólo las necesidades no satisfechas influyen en el comportamiento de las personas, pues la necesidad satisfecha no genera comportamiento alguno. Las necesidades fisiológicas nacen con la persona, el resto de las necesidades surgen con el transcurso del tiempo. Por este motivo, el comportamiento sexual o la relación alimentaria, no se incluye dentro del grupo anterior de comportamiento. A medida que la persona logra controlar sus necesidades básicas aparecen gradualmente necesidades de orden superior originando en cierta medida las diferencias jerárquicas propias de cada individuo. No todas las personas van a sentir la necesidad de autorrealización por ejemplo. Las necesidades más elevadas no surgen en la medida en que las más bajas van siendo satisfechas. Por ejemplo, un individuo puede tener problemas de ingresos o recursos y no por ello va a carecer de la necesidad de integración en un colectivo, como necesidad situada en una escala superior.

Por último, las necesidades básicas requieren para su satisfacción un ciclo motivador relativamente corto, en contraposición, las necesidades superiores requieren de un ciclo más largo. Obviamente, sentirse autorrealizado requiere un periodo temporal más amplio que cubrir cualquiera de las necesidades situadas en la base de la pirámide.

Lo antes mencionado tiene relación directa con lo que aportan las siguientes tres teóricas que dieron marco de referencia a nuestro curriculum.

El modelo de Virginia Henderson que se ubica en los Modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Perteneció a la Tendencia de suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado el auto cuidado por parte del paciente, se ubica esta teoría en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia.

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que deben comportar todos los seres humanos, las cuales pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales.

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente); cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de salud (dependiente); entonces la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas.

Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas física, psicológica, sociológica o relacionada con la falta de conocimientos.

Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen necesidades básicas que deben satisfacer, las que son normalmente cubiertas por cada persona cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

Según este principio las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada persona, sin embargo, estas se modifican sobre la base de 2 factores:

1. **Permanentes:** edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural y capacidad física.
2. **Variables** (estado patológico):
 - Falta aguda de oxígeno.
 - Conmoción (incluso el colapso y las hemorragias).
 - Estados de inconciencia (desmayos, coma, delirios).
 - Exposición al frío o calor que produzcan anormales

temperaturas corporales.

- Estados febriles agudos debidos a cualquier causa.
- Lesión local, herida o infección, o ambas.
- Una enfermedad transmisible.
- Estado preoperatorio.
- Estado postoperatorio.
- Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento.
- Dolor persistente o que no admitan tratamiento.

La esencia de la enfermería es el cuidado y éste debe caracterizarse por su calidad. A través del suministro teórico brindado por Hildegard Peplau sobre las Relaciones Interpersonales entre el paciente y la enfermera, que lo consideramos de mucha importancia para nuestra profesión, el cuidado no solo implica asegurar el mantenimiento de las funciones corporales vitales, si no también establecer una relación interpersonal que procure el crecimiento y la madurez de los actores implicados en el cuidado y la humanización de la atención en salud.

Lo antes mencionado en el desarrollo de la teoría sirve de guía para la práctica clínica, la investigación científica y la forma de gestionar los cuidados de enfermería; orienta la práctica como una relación entre una persona necesitada de servicios de salud y un profesional de enfermería con una formación especializada para reconocer y responder a la necesidad de ayuda. De esta manera, pensamos que las interacciones interpersonales (Profesional - Paciente) resultan, a veces,

más esclarecedoras de los problemas del paciente, que muchos procedimientos técnicos sistemáticos. El cuidar consiste en la capacidad del profesional de enfermería para comprender su propia conducta, y así ayudar a otros a identificar las dificultades percibidas, aplicando principios de las relaciones interpersonales. Hoy en día la humanización de la atención en salud, expectativa que se convierte en un lema si no fundamentamos el cuidado en las necesidades humanas.

Para concluir la idea sostenida de esta teórica, la satisfacción en el cuidado de la salud sólo es posible cuando profesional de enfermería y paciente se comunican en la relación interpersonal terapéutica.

El modelo de enfermería de Dorothea Orem es utilizado como medio para organizar el conocimiento, las habilidades y la motivación de las enfermeras necesario para brindar cuidados a las personas. Orem proporciona un marco desde el que se puede contemplar la práctica, la educación y la gestión de la enfermería. Según la teórica, es cuestión de cada uno de los profesionales usar este modelo para el propósito con que se construyó: mejorar los cuidados de enfermería.

Orem considera su teoría sobre el déficit de autocuidado como una teoría general constituida por tres teorías íntimamente relacionadas:

El modelo de enfermería de Dorothea Orem es utilizado como medio para organizar el conocimiento, las

habilidades y la motivación de las enfermeras, necesarios para brindar cuidados a los

- La teoría del autocuidado
- La teoría del déficit de autocuidado
- La teoría de los sistemas de enfermería

Entonces ampliando, la teoría general de Orem se compone de estas tres teorías bien definidas: la teoría del cuidado propio, que define las actividades que deben realizar los pacientes para alcanzar un estado de salud óptimo; la teoría del déficit de cuidado propio, que especifica cuándo se necesitan los servicios de enfermería para un paciente que no sea capaz de cubrir sus propias necesidades y la teoría de los sistemas de enfermería, que describe cómo el paciente, la enfermera o el trabajo en conjunto de ambos permitirá cumplir con las necesidades de cuidado propio. Según las capacidades del paciente y los déficits de cuidado propio que hayan sido identificados, una enfermera puede aportar su ayuda ocupándose y cuidando del paciente, guiando a dicho paciente o a los demás implicados en su cuidado, apoyando a la paciente y/o sus seres queridos, asegurando que el ambiente aliente a la paciente a desarrollar capacidades de cuidado propio y/o enseñándole a ella y a los otros en su ambiente a cubrir las necesidades de cuidado propio.

Una segunda postura y presentación durante el seminario fue dada por otra docente, ella defiende su posición sobre las necesidades a partir de lo sostiene Manfred Max-Neef.

Desde la propuesta de Max Neef por ejemplo, alimentación y abrigo no deben considerarse como necesidades, sino como satisfactores de la necesidad fundamental de Subsistencia. Del mismo modo, la educación (ya sea formal o informal), el estudio, la investigación, la estimulación precoz y la meditación son satisfactores de la necesidad de Entendimiento. Los sistemas curativos, la prevención y los esquemas de salud, en general, son satisfactores de la necesidad de Protección.

No existe una correspondencia biunívoca entre necesidades y satisfactores. Un satisfactor puede contribuir simultáneamente a la satisfacción de diversas necesidades; a la inversa, una necesidad puede requerir de diversos satisfactores para ser satisfecha. Ni siquiera estas relaciones son fijas. Pueden variar según el momento, el lugar y las circunstancias.

Pero reflexionando como grupo discutíamos y decíamos que hoy.... Así lo enseñamos viendo que las necesidades no son departamentos estancos sino que se entrelazan y muchas dependen unas de otras y que las formas y medios para satisfacer las mismas están en la criticidad, los medios que contamos, los conocimientos, el contexto, todo teniendo en cuenta la persona.

Un ejemplo que se dijo y se cita es que cuando una madre le da el pecho a su bebé, a través de ese acto contribuye a que la criatura reciba satisfacción simultánea para sus necesidades de Subsistencia, Protec-

ción, Afecto e Identidad. La situación es obviamente distinta si el bebé es alimentado de manera más mecánica. Pero esto último ...¿cuándo se enseña y se produce así?

Los satisfactores son los que definen la modalidad dominante de que una cultura o sociedad imprimen a las necesidades y citan que la alimentación es un satisfactor como lo puede ser una estructura fiar., y que un satisfactor puede realizar distintas necesidades en distintas culturas o vivirse de distintas maneras. También cita que la situación obliga a repensar el contexto social de las necesidades humanas de una manera radicalmente distinta de cómo ha sido habitualmente pensado por planificadores sociales y por diseñadores de políticas de desarrollo.

Concebir las necesidades tan sólo como carencias (por ej., tengo necesidad de alimento porque carezco de él, o tengo necesidad de afecto porque nadie me quiere) implica restringirlas a lo puramente fisiológico o subjetivo, que es precisamente el ámbito en que una necesidad asume con mayor fuerza y claridad la sensación de falta de algo. Sin embargo, en la medida en que las necesidades comprometen, motivan y movilizan a las personas, son también potencialidades y, más aún, pueden llegar a ser recursos. La necesidad de participar es potencial de participación, tal como la necesidad de afecto es potencial de recibir afecto pero también de darlo.

Ante esto planteamos... por ejemplo la necesidad de nutrición...de oxigenación.... Es igual en cualquier parte del mundo y para todos los seres humanos, si es cierto que se satisfacen de distintas formas dependiendo las culturas , los contextos , la historia, pero no se puede dejar de lado que hay toda una respuesta fisiológica que da cuenta de cuando esto esta ¿alterado? ¿Poco satisfecho? O ¿muy alterado? Que puede devenir de todo un trasfondo de determinantes y condicionante no hay duda de cómo se habría podido ¿prevenir?..... Totalmente.

Lo que está culturalmente determinado no son las necesidades humanas fundamentales, sino los satisfactores de esas necesidades. El cambio cultural es consecuencia -entre otras cosas- de abandonar satisfactores tradicionales para reemplazarlos por otros nuevos y diferentes.

Deducción.... ¿Si no hay necesidades no hay satisfactores? Un ejemplo ¿tradicional? Y sé que van a pensar en que nos posicionamos en lo fisiopatológico: una persona que hace un cuadro de abdomen agudo o de deshidratación acaso en la internación ¿no hay que reponer volumen líquido y electrolitos? Lo que sería la necesidad de nutrición...¿medio interno o equilibrio del medio interno? Por supuesto que los satisfactores dependerán si se tiene las soluciones adecuadas ¿Bombas infusoras? ¿Personal calificado?

Corresponde a Enfermería rebasar los límites de su práctica e incursionar de manera decisiva en la reformulación de su compromiso con el desarrollo de los seres humanos que son su razón de ser y disponer de recursos físicos, técnicos y científicos para así encontramos que la satisfacción de necesidades está determinada por los satisfactores que se materializan en bienes económicos. En el caso del servicio los satisfactores se materializan en relaciones interpersonales, oportunidades, calidad técnica y científica. En cierto sentido el satisfactor le da el carácter al servicio y puede ser adaptado según las circunstancias para que contribuya al desarrollo de las personas y no cause daño.

Tomando un ejemplo de los satisfactores singulares estos pretenden satisfacer una necesidad particular, por ejemplo realizar una curación. Enfermería puede limitarse a a satisfacer esa necesidad especializada y particular, dejando de lado las necesidades de comprensión, comunicación, participación, afecto , seguridad , los aspectos éticos , estéticos Pero para que ello no ocurra (al menos es lo deseable y esperable)enfermería informa oportunamente el procedimiento y las razones de una asepsia correcta, permite la participación de su fiar, observara la respuesta del paciente ante esto, se dirige con calidez, amabilidad y aplica rigurosamente las normas de calidad en la realización de lo que sería una técnica.

¿Respondemos a distintos modelos? Un modelo enfermero es “una visión ideal acerca de lo que debería ser la enfermería”.

Cada modelo enfermero, (modelos de Interacción, modelos evolucionistas o de adaptación, modelos de necesidades humanas, modelos de sistemas) que ha ido construyendo influido por las diferentes teorías existentes, presenta una visión distinta de la enfermería; por ello y aunque todos tengan los mismos componentes, cada modelo aporta una visión diferente acerca de un mismo concepto.

El que una enfermera adopte uno u otro va a ser determinante en el proceso de la valoración enfermera, ya que éste va a guiar las decisiones que tomen, va a indicar qué información es relevante, qué áreas son competencia de la enfermera, etc., para posteriormente, orientar nuestras intervenciones, proceso de la valoración enfermera, ya que éste va a guiar las decisiones que tomen, va a indicar qué información es relevante, qué áreas son competencia de la enfermera, etc., para posteriormente, orientar nuestras intervenciones.

Dice Watson que...El cuidado humano debe basarse en la reciprocidad y debe tener una calidad única y auténtica. La enfermera es la llamada a ayudar al paciente a aumentar su armonía dentro de la mente, del cuerpo y del alma, para generar procesos de conocimiento de sí mismo. Desde este punto de vista, el cuidado no solo requiere que la enfermera sea científica, académica y clínica, sino también, un agente humanitario y moral, como copartícipe en las transacciones de cuidados humanos.

Lo planteado por una Psicóloga docente a cargo de la titularidad de la asignatura Psicología I, cátedra que se dicta en 1er año de la carrera, tiene relación a como conceptualiza necesidad la mirada dada desde la Psicología Social sostenida por Enrique Pichón- Riviere.

La Psicología Social plantea que somos seres vivos y por ende, seres de necesidades en intercambio con el medio. La concepción pichoniana define al sujeto como “ser de necesidades, que sólo se satisfacen socialmente, en relaciones que lo determinan. El sujeto no es solo un sujeto relacionado, es sujeto producido en una praxis. Nada hay en él que no sea la resultante de la interrelación entre individuos, grupos y clases”.

A partir de necesidades primarias como por ejemplo, alimentación, abrigo, sexualidad; el sujeto operara sobre la naturaleza para producir a través de una acción planificada y social (trabajo), los bienes destinados a satisfacerlas. Desde la psicología planteada por Pichón- Riviere se insiste en señalar que en la interioridad de las tramas vinculares de los sujetos, emergerán las necesidades, siendo decodificadas y significadas, las cuales encontrarán su destino social de gratificación o frustración.

Pichón- Riviere señala en sus escritos que la relación existente entre el sujeto y sus condiciones concretas de existencia, entre mundo interno y mundo externo, es una relación dialéctica. El mundo externo, donde hallamos las relaciones reales, según lo entiende Pi-

chón, determinara al sujeto. Siendo el mundo interno el reflejo del mundo externo. Mundo interno y mundo externo se encuentran en relación dialéctica, en unidad y lucha.

La necesidad sería en un principio, un elemento de orden biológico, el que con mayor claridad remite a la base material, orgánica del comportamiento del sujeto. Esa necesidad a su vez tiene su fundamento en otra contradicción, que emerge del intercambio de materia de ese organismo con su medio.

La contradicción entre necesidad –satisfacción, se da en el interior del sujeto, pero en tanto la fuente de gratificación es externa, esta contradicción promueve la relación con el mundo externo, buscando su gratificación. La necesidad aparece entonces como “fundamento motivacional” de toda experiencia de contacto, de todo aprendizaje, de todo vínculo.

El abordaje interaccional planteado por la Psicología Social al conceptualizar en términos de interjuego entre necesidad y satisfacción, sujeto y contexto vincular-social la dialéctica de la subjetividad, permite un acercamiento más totalizador a la multiplicidad que operan en esa unidad biopsicosocial que es el sujeto. Por ello los conceptos de necesidad y estructura vincular se constituyen en una primera aproximación al esclarecimiento del interjuego de lo biológico y lo social en ese orden específico de fenómenos que constituyen los procesos psíquicos. Para Pichón- Riviere es en la relación con

el otro, donde el sujeto de la necesidad, en la acción de satisfacerla en una experiencia social, se transforma en sujeto de la representación, de las significaciones sociales, sujeto humano. Será entonces en el interjuego entre necesidad-satisfacción tiene su fundamento toda representación, toda norma, toda ideología, toda acción.

Continuando con lo presentado en el Seminario se pudo reflexionar en relación al concepto de necesidad según un docente que lleva adelante la cátedra de Psicología IV, asignatura de 3er año de la carrera. El mismo comienza su disertación sobre necesidad partiendo del sentido filosófico de esta categoría que se extiende su uso tanto al terreno científico como en la vida cotidiana. Desde el sentido filosófico designa según el profesor “relaciones objetivas presentes en todo fenómeno material componiendo su causalidad interna, promoviendo el orden, la organización y el desarrollo del fenómeno, anticipando lo que de ocurrir con él en determinadas condiciones”. En tanto otra visión filosófica significa a la necesidad como “carencia”.

Engels, desde el materialismo histórico y dialéctico, señala que la necesidad existe tanto en la naturaleza, en la sociedad como en el pensamiento. El docente en coincidencia con Engels señala que la necesidad comprende determinables tendencias o formas que llaman “causalidad interna” y que esta “causalidad interna” remite a ciertas “condiciones externas” las cuales determinarían el destino de la necesidad, la “posibilidad” de desarrollo del fenómeno en cuestión.

Continuando entiende que necesidad no puede identificarse con carencia. Según él no es aquello que falta, sino que se constituye en la tendencia o direccionalidad en la que un proceso puede ser o desplegarse, dependiendo en todos los casos de las condiciones externas. Resume que la pluralidad o “constelación de necesidades” reconocidas por Enrique Pichón Riviere con la siguiente proposición: “nuestra necesidad es social”. Caracterizar como “sociales” a las necesidades como las condiciones externas promueves obstáculos tanto epistemológicos como epistemofílicos contrastables mediante la dialéctica. En estas dos posturas podemos ver la fuerte impronta que tiene su precursor en relación a lo que se entiende por necesidad.

Las necesidades según Agnes Heller se refieren siempre a “valores y son definibles sólo a partir de valores”. Para Heller “sólo podemos considerar como necesidades aquéllas de las cuales somos conscientes”, hay valores negativos (necesidades malas) que hay que superar, y valores positivos (necesidades buenas) que hay que alcanzar. Se constituye, por tanto, una jerarquía de necesidades siempre relativas, ya que las necesidades universales se deben conseguir, pero sólo se pueden lograr tras una transformación revolucionaria del sistema capitalista. Las necesidades radicales cuya satisfacción conforma un definitivo estadio histórico, comportan una reestructuración universal de las necesidades y de los valores de un sistema en el que predominan las necesidades alienadas. Las necesidades radicales se expresan en términos de liberación

como: la liberación del trabajo, la democratización de las instituciones, la mayor participación de los sujetos en las estructuras políticas y sociales.

En los postulados desarrollados por Agnes Heller se defiende que sólo podemos considerar como necesidades aquéllas de las cuales somos conscientes, y ese devenir de la consciencia es el factor que nos lleva a lo que denomina como necesidades radicales. La aportación de la autora nos resulta de gran utilidad, si bien las necesidades radicales no serán otra cosa para nosotros que la optimización de las necesidades básicas. Las necesidades son y están, se satisfacen o no, de una forma o de otra, independientemente del nivel de conciencia que los sujetos tienen sobre ellas y los procesos en los que se genera la satisfacción o no de unas necesidades que ya hemos considerado como universales.

Reflexiones

Después de haber realizado la lectura y discusión de los distintos materiales sugeridos, nuestro grupo reflexiona sobre los siguientes puntos:

La práctica de enfermería se puede ejercer en distintos ámbitos en donde la persona, vive, trabaja, se divierte, y se desarrolla y en instituciones de salud, ya sean públicos o privados donde directa o indirectamente se atiende la salud. Es Enfermería quienes tienen que decidir cuál es la mejor y más adecuada prestación de Cuidado para el tipo de personas, familias o comunidades.

Según dice Max Neef y otros, la opción de trabajar con el supuesto de linealidad o con el supuesto sistémico es, sin duda la opción más importante para definir un estilo de desarrollo. Regirse por la lógica de la linealidad da origen a patrones de acumulación divorciados de la preocupación por el desarrollo de las personas. Si se opta por la linealidad, la estrategia establecerá prioridades a partir de las pobreza es de subsistencia observadas. Los programas se orientaran preferentemente de manera asistencial como un ataque a la pobreza entendida convencionalmente. Así las necesidades serán entendidas exclusivamente como carencias y en el mejor de los casos, los satisfactores que el sistema genere serán singulares.

Esto sería una manera distinta de pensar y llevar adelante el nuevo plan de estudios. Creemos que esta mirada no fue consensuada en los distintos talleres realizados porque en general casi todos hablábamos de NECESIDADES BASICAS. También opinamos que para haber podido decidirlo debe estar muy claro nuestro concepto central de ENFERMERIA Y SOBRE QUE TEORIA Ó TEORIAS vamos a trabajar.

Nosotros como ente formador debemos dar los lineamientos para desarrollar y hacer visible el cuidado a través del desarrollo curricular (a partir de la filosofía del currículo, en los contenidos y la evaluación). Esta visibilidad estará dada por una conceptualización lo suficientemente concreta para diferenciar lo relacionado con el cuidado de enfermería y permear así todos los ámbitos curriculares.

De todos modos pensamos que hasta este momento que hemos trabajado con necesidades básicas, decisión tomada cuando diseñamos el plan 92, tuvimos una amplia mirada respecto a las mismas y también enseñamos a los estudiantes como poder valorar las mismas y la planificación del CUIDADO para cubrir las mismas, haciendo análisis desde la practica desde los múltiples escenarios de práctica en donde se desarrollan las intervenciones de cuidado (individuales, colectivos, de gestión, gerencia...). Pero también tenemos claro que no todo depende de nosotras sino de las políticas económicas, sociales, educativas.

En este punto nos parece importante citar algunos aspectos de colegas colombianas que realizaron una investigación sobre Calidad de vida de las(os) profesionales de enfermería y sus consecuencias en el cuidado ellos son: María Nubia Romero B., Lorena Mesa M. y Solange Galindo H.

Las autoras citan que: durante más de 14 años ha promovido el colapso de la salud y su red pública al cambiarse el perfil de las instituciones de salud, pues, como afirma Corsi Otálora, se pervirtió el principio de solidaridad en el servicio a la vida por el de competencia para lograr la mayor rentabilidad del dinero invertido en el “negocio de la salud”. Esta perspectiva rentista pone en crisis, entre muchos otros aspectos de la ley, los principios de la universalidad, equidad y eficiencia en la atención en salud

Los planes de salud, centrados en el área curativa y asistencialista, dejaron de lado los programas de promoción y prevención liderados por personal de enfermería, originando el aumento de los indicadores o eventos centinelas en la salud pública, definidos por el Ministerio de Protección Social como “aquellas condiciones o padecimientos cuya ocurrencia o presencia sirve de alarma y refleja la necesidad de mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud; se comportan como índices negativos de la misma y parten del supuesto de que si el sistema de atención ha estado funcionando satisfactoriamente podían haberse evitado o controlado”; dentro de estos eventos se encuentran las muertes materno-perinatales, bajo peso al nacer, otitis media supurativa, hospitalización por neumonías y enfermedad diarreica aguda, entre otras.

Estos indicadores han mostrado históricamente ser altamente sensibles a las variaciones socioeconómicas, y por tal razón se afirma que “la pérdida de calidad de vida en los últimos años en el país pone en riesgo los avances logrados” epidemiológicamente. Esta situación, junto al evidente crecimiento de la pobreza en el país como fruto del modelo económico impuesto, representa un panorama de adversidad para el ejercicio del cuidado por el impacto en la calidad de vida y salud, no solo la de los colectivos humanos, sino de quienes tienen la responsabilidad política del cuidar: los y las profesionales de enfermería.

La coherencia teórica entre los anteriores referentes y el marco conceptual que explica los hallazgos está en la teoría del Desarrollo a Escala Humana, en la que se expresa que “la calidad de vida dependerá de las posibilidades que tengan las personas de satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas fundamentales”

Es evidente la precarización del trabajo de enfermería, comprendida como un fenómeno de desprotección social y laboral, en el cual el sentido de trabajo, como condición básica y fundamental de la vida humana y de las relaciones sociales, se transforma en un concepto adinámico porque los sujetos limitan las posibilidades de desarrollar sus potencialidades humanas

Es evidente que el cuidado de enfermería se encuentra entre condiciones que profundizan las exclusiones del derecho a la salud, pero por otro lado se encuentran manifestaciones que resisten a la pérdida de sentido humano, de quienes están inmersos en la cotidianidad de ambientes de trabajo que reducen el desarrollo humano a la subsistencia y la calidad de vida a bajos niveles de ingresos. Por esta razón es necesario conocer y comprender las transformaciones que se dan en el mundo laboral, en términos de capacidades y potencialidades en la satisfacción de las necesidades fundamentales mediante la adquisición de bienes para el logro de una adecuada calidad de vida.

Las anteriores condiciones se relacionan con las conclusiones del CIE, que refieren que “... el cansancio y

la fatiga de las enfermeras, la migración, el empeoramiento de la calidad de la atención a los pacientes, las pérdidas salariales de los servicios de enfermería, el aumento de la carga de trabajo y la inseguridad de los entornos laborales” son consecuencia de las mayores exigencias laborales en los servicios clínicos producto de las políticas financieras del sector salud y las deficientes condiciones de trabajo, que en términos de calidad de vida son los funcionamientos, o satisfactores en el tener, que empobrecen la realización de las necesidades, con mayor impacto en las mujeres por su doble condición de cuidadoras.

Una de las conclusiones finales de las autoras de su investigación es....

La comunidad científica y gremial de enfermería tiene la madurez necesaria para superar la mirada técnica de la salud y promover, desde el principio de abogacía, la defensa de la dignidad humana mediante la garantía del derecho a ser cuidado y ofrecer cuidados a la salud y de su vida, eliminando la cosificación de la dignidad humana. Ningún sistema de salud puede ser eficiente y digno de sus postulados si sus profesionales viven escasamente para la sobrevivencia día tras día y postergan su pleno desarrollo a escala humana. Creemos que no son muy diferentes los resultados obtenidos por otras colegas respecto a la situación de enfermería en nuestro país, lo que tenemos claro es que contamos con personal cualificado para gerenciar **EL CUIDADO** y que debemos tomar las mejores decisio-

nes poniendo énfasis en los procesos del ser humano como un fin en sí mismo.

Opinamos que hay cuestiones que deben permear transversalmente el currículo, tales como:

- Los conceptos del metaparadigma de enfermería como lineamientos generales que generan identidad con la enfermería.
- Comprensión de concepto de proceso vital humano.
- Fundamentos éticos del cuidado profesional de enfermería.
- Componentes epistemológicos de la disciplina y teorías del cuidado.

Estos elementos conceptuales de enfermería deben encajar en las misiones y visiones de las institucionales formadoras y...nosotras somos responsables de eso.

Pero este cambio paradigmático también tiene que ir acompañado de los servicios pues esto no debe ser exclusivo de la docencia. Las enfermeras de servicio tienen que jugar un papel fundamental para este trabajo de largo plazo. Un ejemplo de esto fue cuando trabajamos junto a ellos-as con el plan vigente aun, varios servicios e instituciones por ejemplo empezaron a tomar a una teórica como referente y trabajaban con ese modelo.

¿Fue suficiente el impacto? No lo sabemos, al menos no tenemos una investigación realizada pero...los pequeños cambios llevan a los grandes.

Bibliografía

Manfred Max-Neef, Antonio Elizalde y Martin hoppenhayn10/12/03 Desarrollo a Escala Humana. ecoportal.net.htm

María Mercedes Durán de Villalobos. Universidad Nacional de Colombia.VII Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería. Enseñanza de la disciplina de enfermería. Medellín, octubre 6, 7 y 8 de 2003. www.aladefe.org/index_files/.../ensenanza_disciplina_enfermeria.doc

Marco Conceptual. Escuela de Enfermería. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Rosario.

Nubia Romero b., Lorena Mesa m., Solange Galindo Open Journal Systems. Calidad de vida de las/os profesionales de enfermería y sus consecuencias en el cuidado.

Ortiz Ana Cecilia .Dimensión del Servicio de Enfermería. Universidad de Antioquia. <http://www.redalyc.org/pdf/1052/105217879009.pdf>. red de revistas científicas de américa latina, el caribe, España y Portugal. Sistema de información científica.

<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12899/13659>

Biografías Educativas

Relatos de experiencias significativas de estudiantes de la Licenciatura de Enfermería de la Universidad Nacional de Lanús (2009).

Lic. Ester Elisa Armand Ugon

Lic. Beatriz Pandeles (in memoriam)



Resumen

El presente trabajo es el resultado de una actividad propuesta en el primer día de clase en la asignatura Educación y Salud de la Carrera de Licenciatura en Enfermería. A partir de la consigna docente acerca de expresar y compartir experiencias que hayan sido importantes y significativas en la vida, los estudiantes hicieron referencia a momentos de enseñanza y aprendizaje en ámbitos diversos como la familia, el barrio, la escuela y la universidad.

En el marco de la asignatura Educación y Salud en su primer día de clase, los estudiantes de la Licenciatura en Enfermería respondiendo a una consigna de trabajo, expresaron en forma escrita experiencias educativas significativas. De manera intencional no se especificó ni orientó que estas vivencias estén vinculadas a la educación formal, no formal o informal.

Una vez finalizado este momento, solicitamos si lo deseaban nos entreguen el material proponiendo la formación de pequeños grupos donde pudieran compartir estas experiencias que recordaron.

En la instancia de plenario se relataron las experiencias que cada grupo decidió compartir y se trabajó el concepto de educación.

A continuación se transcriben textualmente algunas de ellas que nos proporcionaron nuestros estudiantes:

“A la edad de 6 años, después de meses que mi mamá me enseñara a atarme los cordones, lo logré. Estaba en mi casa y se me desataron los cordones de una de mis zapatillas azules que tenía en ese momento y después de varios intentos logré atarlos con un moño. Salí corriendo a contárselo a mi mamá. Desde ese día comencé a atarlos yo sola. La técnica del atado de cordones me parecía muy difícil al principio pero una vez logrado empezó a resultarme cada vez más fácil y hasta divertido.”

“Recuerdo que a los 10 años mi maestra me dijo que me fijara la hora en el reloj de pared que había en el aula, pero yo no sabía interpretar la hora en los relojes de aguja y me daba vergüenza decirlo y le dije cualquier cosa, y ese día la maestra me enseñó la hora”.

“Tenía 12 años y trabajaba en un aserradero. El patrón me mandó a comprar cuerda de reloj en polvo para burlarse de mí. Yo le explicaba que no existía y el me mandó igual. El relojero me mandó un paquetito pero yo seguía sabiendo que era mentira y cuando volví al aserradero se burlaban de mi inocencia, que no era tal. Ese día aprendí que muchas veces tendría que realizar cosas que me desagradarían. Pero que al tener el saber uno no sería ridiculizado aunque más no sea interiormente”.

“Mi experiencia es haber aprendido a ser mamá y seguir aprendiendo”.

“La dificultad económica me empujó y convenció a seguir estudiando y darme cuenta que con un título en la mano no hay que golpear tantas puertas para progresar y crecer”.

“Aprendí a vivir y sobrevivir sola y salir adelante a pesar de todas las adversidades de la vida y así poder construir un mundo propio que todavía estoy aprendiendo”.

“Bueno una de mis experiencias es que al ser madre criando a mis hijos, darme cuenta de que nosotros enseñamos lo que traemos como enseñanza de nuestros padres, pero ellos con la facilidad de adaptarse al mundo fácilmente me van enseñando que es fácil resolver los problemas diarios con una sonrisa, un juego de mesa reunidos en familia. Hoy me doy cuenta que como dice el dicho de tener un niño dentro no se debe perder, por tener obligaciones de adulto se debe disfrutar de esta vida que es única y no se puede recuperar lo perdido”.

“En cierta oportunidad visitando el cotolengo Don Orione de Claypole, una situación me enseñó a ver al mundo de otra manera. Cruzando la puerta de entrada, un discapacitado en su silla de rueda avanzaba lentamente hacia la misma

dirección que yo, que sin prestarle demasiada atención seguía mi camino. De repente se acercó otro discapacitado que tenía problemas con una pierna y un brazo y comenzó a empujar la silla de ruedas. A partir de ese momento, comprendí que siempre se puede ver más allá”.

“Me veo reflejado en mis hijos, comprendí muchas cosas y todos los días me enseñan a ser padre”.

“En el 2007 cumplí con lo que yo creía era el camino para llegar a ser alguien una persona profesional. Rendí mis materias y en la nota del trabajo de investigación al que le puse todas mis ganas me saqué un 10 diez. El Sr. Profesor me ayudó y lo conseguí y su saludo de despedida fue bienvenida a la lista de enfermeros profesionales. Y salí en busca de trabajo que conseguí. Nuevos proyectos venían a mi mente y quería progresar y donde trabajé me utilizaron, se aprovecharon de mis ganas de mejorar, de servir, de mi confianza y... de mi ingenuidad de creer que todos estábamos en las mismas. Trabajaba responsablemente y me engañaron me decaí un poco pero después me di cuenta que sin matrícula no podía exigir nada y me costó rendir mis materias extracurriculares. Hoy soy profesional con matrícula hoy miro al ciclo y me siento feliz... Aprendí deberás ser lo que debas ser o no ser nada. Como infinidad de

veces me repetía mi papá y hoy 14 de agosto voy por más: la licenciatura”.

“Cuando me costaba horrores aprender matemáticas hasta que siempre me lo llevaba a diciembre y ahí es donde aprendía más y los años siguientes les enseñaba a mis compañeros, esto fue como un proceso de aprender y enseñar”.

“Aprender a crecer como persona día a día. A saber escuchar a las personas y poder enseñarle lo que esté a nuestro alcance”.

“Cuando tenía 9 años no sabía distinguir el horario del reloj con agujas, no sabía porque como me lo explicaba mi hermana no lo entendía. Un día estaba mi tío y me enseñó cómo se movían las agujas del reloj paso a paso, lo que significaba saber el horario lo aprendí porque creo que me lo explicó detenidamente con paciencia. Siempre me acuerdo ya que fue difícil para mi entenderlo”.

“En el jardín cuando nos enseñaban a compartir los juguetes”.

“A menudo uno cree que sabe porque estudia o porque se preocupa en investigar. Pero en la vida cotidiana aprendemos de nuestro prójimo. Uno no termina de aprender; el día a día nos enseña de una manera u otra. Se aprende mirando alrededor para no cometer los mismos

errores. Se aprende escuchando al que necesita ser oído. Hasta la persona más pequeña puede enseñarnos. Personalmente he aprendido a mirar alrededor”.

“Creo que mi aprendizaje más lindo fue cuando comencé a trabajar como voluntaria en una unidad sanitaria: aprendí muchas cosas entre ellas a ver las cosas desde otro punto de vista, a ponerme en el lugar del otro y creo que fue la motivación para decidirme a comenzar esta carrera”.

“Yo aprendí a cocinar, viendo como cocinaba mi mamá y mi abuela”.

“Los consejos de mis padres, cuando uno es chico los ignora pero con el paso de los años llega a comprenderlos. Eso siempre deja enseñanza”.

“Aprendí a decidir, elegir situaciones que pueda estar bien conmigo misma. Por Ej. Separarme y a crecer no dependiendo de nadie. Saber que puedo vivir mejor”.

“Una experiencia que me sirvió muchísimo fue en la clase de farmacología acá en la universidad en la cual la idea de dicha clase era tranquilizarnos y meditar... Hubo una parte en la que teníamos que caminar en fila muy despacio y yo sentí muchos nervios e impaciencia ya que la persona que estaba

delante mío iba muy despacio... luego de finalizada la clase me pude dar cuenta muy claramente que estaba viviendo mi vida muy aceleradamente. Que si seguía así nunca iba a disfrutar de las cosas buenas por vivir acelerada y que todo lleva su tiempo. Que por querer hacer todo junto las cosas pueden salir mal”.

“Uno de los aprendizajes que más influyó y sigue en camino es aprender a convivir con la gente ya que somos iguales pero tan diferentes, es un proceso de muchas expectativas, necesidades, alegrías y tristezas, todas las emociones que seguimos buscaba en unos términos que se llamarla relaciones sociales, ya sea aprender a escribir o andar en bicicleta”.

“Mi experiencia fue el aprendizaje de la educación en la facultad, un mundo nuevo a mi edad, involucrarme con personas de distintas edades, aprender las normas, el comienzo y los cambios de obligaciones. Para mí fue y es muy gratificante encontrarme en una sociedad donde nunca te deja de enriquecerte. Sabiendo que siempre hay distintos caminos para llegar a sentirse bien con uno mismo y saber escuchar e involucrarse en la parte laboral con más tranquilidad, con más conocimientos. Me hace sentir y comprender el sacrificio de los que estudian y trabajan Sentirme uno más en la sociedad en que se vive”.

“Aprendí a tocar la guitarra a través de la observación. Mi padre tocaba y yo miraba. En un primer momento no le expresaba mi deseo por aprender. Luego de un tiempo comencé a preguntar algunas cosas cada vez que avanzaba y cuando lo creía necesario”.

A través de estos relatos que expresan saberes y experiencias previas de los estudiantes trabajamos dos aspectos:

- En primer lugar la revisión del concepto que cada uno tiene de la educación. Así algunos destacaron los aprendizajes en la educación formal, de la escuela primaria, incluso experiencias recientes vinculadas con la vida universitaria y otros rescataron experiencias anteriores relacionadas con la enseñanza y aprendizaje en el ámbito familiar. En todos los casos se aprecia una estrecha relación de lo enseñado y lo aprendido determinado por los contextos socio-históricos y cotidianos.

Algunas de los relatos vinculan a la educación con aspectos positivos: la idea de progreso, de diversión, de crecimiento personal, de libertad y otros aprendizajes difíciles que significaron costos afectivos muy altos. Dado que en el proceso de aprender y enseñar se transfieren y comparten pensamientos, sentimientos y acciones, en esta actividad se movilizaron también muchos recuerdos, algunos alegres, otros muy duros y muy tristes por los que atravesamos los argentinos.

Uno de los relatos que aquí no figura, por no haber sido escrito y que como docentes no olvidaremos es el recuerdo de un estudiante en tiempos de la dictadura que a su señorita la vinieron a buscar señores con uniformes y nunca más volvió al aula. Mucho más tarde supo la verdad de lo que había ocurrido esa mañana en la escuela.

Se destacan aprendizajes vinculados con la adquisición de Conocimientos, habilidades y otros vinculados con la vida social y de Relación.

- En un segundo lugar, esta actividad resultó ser una oportunidad para comenzar a enseñar al mismo tiempo que aplicar diferentes estrategias de enseñanza, en el caso de aula- taller, destacando la importancia de comenzar con lo que saben los educandos.

El conocimiento comienza con la pregunta y continúa su construcción desde nuevas preguntas. La curiosidad es, junto con la conciencia del inacabamiento, el motor esencial del conocimiento. La curiosidad nos empuja, nos motiva, nos lleva a develar la realidad a través de la acción (Freire; 2003, pp. 21-22).

Los conflictos sociales y las experiencias personales atraviesan permanentemente los procesos educativos. Los docentes tenemos que utilizarlos como fuerza potenciadora en el proceso enseñanza y aprendizaje. Como dice el maestro Paulo Freire, la educación es un acto político, no es neutra. Existe siempre una inten-

cionalidad docente al decidir por determinado tema, empezar con algo en particular, optar por determinada estrategia, realizar tal o cual actividad

Como dice el autor, “el conocimiento es construcción de sujetos activos, no de la manipulación de las cosas en sí mismas ni es a priori a la experiencia, tampoco surge de recetas o modelos elaborados por los que saben para los que no saben. Al ser construidas por nosotros mediante la práctica, las cosas son relativas a las características de dichas prácticas y a sus actores. Las cosas se definen en el mismo acto de conocerlas y conversar de ellas. No se puede entenderlas sin participar de su producción (Kisnerman, 1999, p.17).

Bibliografía

Freire P. “Pedagogía del oprimido”. Siglo XXI, Madrid, 1970.

Huergo, J. “Fundamentos de los procesos educativos”, Módulo 1. Serie Formación Docente en Salud, La Plata 1998.

Alvarez, C. “Modelos didácticos”, Módulo 5, Serie Formación Docente en Salud, La Plata, 2000.

Llosa y Lomagno, “Estrategias didácticas II”, Módulo 8, Serie Formación Docente en Salud, La Plata, 2000.

Freire, P. “Cartas a quien pretende enseñar”, Siglo XXI, 1ª Edición, Buenos Aires, 2002.



Obesidad y sobrepeso en niños: un espejo en los estilos de vida en la sociedad actual

Universidad Nacional de Quilmes,
Licenciatura en Enfermería.

Ríos L.
Serra S.
Caballero N.
Riquelme A.
Núñez L.

Palabras Clave

Índice de Masa Corporal (IMC)
Sobrepeso
Obesidad
Hábitos Alimentarios
Actividad Física
Enfermería



Universidad
Nacional
de Quilmes

Resumen

EL objetivo de este estudio fue describir la prevalencia de Sobrepeso y Obesidad en niños de la Escuela Pública “Constancio G Vigil N°27 de Berazategui” de la Región Sanitaria VI, e identificar los factores asociados a ella.

Se realizó un estudio de tipo observación al, descriptivo, prospectivo y transversal. Se estudiaron a 163 niños de 6 a 11 años, que concurren al mencionado establecimiento. Se evaluaron las variables de índice de masa corporal (IMC), hábitos alimenticios, actividad física y sedentarismo. Entre los primeros resultados se observó que 59,5%(97) presentan obesidad y sobrepeso. 27,6% (45 niños presenta sobrepeso) 31,9% (52 presenta obesidad).

Abstract

The objective of this study was to describe the prevalence of overweight and obesity in children in the Public School “Constancias Vigil G Berazategui N°27 “of the Health Region VI, and to identify associated factors.

A study of such observation, descriptive, prospective and cross was made. We studied 163 children aged 6-11 years who attend the above mentioned property. Variables of body mass index (BMI), dietary habits, physical activity and inactivity were assessed. Among the first results was observed that 59.5% (97) are obese and overweight. 27.6% (45 children are overweight) 31.9% (52 is obese).

Keywords: Body Mass Index (BMI). Overweight. Obesity Food Habits Physical Activity Nursing.

Abstrato

O objetivo deste estudo foi descrever a prevalência do sobrepeso e da obesidade em meninos da Escola Pública “Constancio Vigil G Berazategui No. 27”, da Região de Saúde VI, e identificar os fatores associados.

Realizou-se um estudo do tipo observacional, descriptivo, transversal, prospectivo. Se estudaram a 163 meninos entre 6-11 anos que freqüentam a propriedade acima mencionada. As variáveis índice de massa corporal (IMC), hábitos alimentares, atividade física e sedentarismo foram avaliados. Entre os primeiros resultados se viu que 59,5% (97) apresentam obesidade e sobrepeso. 27,6% (45 meninos apresentam sobrepeso) 31,9% (52 apresentam obesidade).

Palavras-chave: Índice de Massa Corporal (IMC). O excesso de peso. Obesidade. Hábitos Alimentares. Atividade Física. Enfermagem.

Introducción

La obesidad y el sobrepeso constituyen en la actualidad un problema a nivel mundial, que afecta no solo a países industrializados, sino también a los llamados “en vía de desarrollo”. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevalencia de sobrepeso y obesidad se ha incrementado en los últimos años, al punto de identificarse como una epidemia en expansión.¹

La obesidad se define como una enfermedad que se caracteriza por un incremento del peso, resultado de la pérdida del balance entre el consumo y el gasto energético. El sobrepeso, por su parte, es el aumento del peso corporal, por encima de un patrón dado en relación con la talla.²

La estimación del sobrepeso y la obesidad, se realiza a partir del índice de masa corporal (IMC), o índice de Quetelet el cual establece un valor que relaciona dos medidas: el peso (en kg) dividido la talla (o estatura) al cuadrado. La obesidad y el sobrepeso amenazan cada vez más la salud en la medida que se han convertido en un factor determinante para la aparición de numerosas enfermedades tales como la diabetes, la hipertensión, los accidentes cerebrovasculares, las enfermedades coronarias, dislipemias, y enfermedades osteoarticulares entre otras, incrementando con ello la prevalencia y los índices de morbi-mortalidad de la población adulta (3, 4, 5). Esta epidemia no solo afecta a adultos sino también a los niños. El 30% de niños de América presenta sobrepeso y obesidad. En Argentina una encuesta realizada por el Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil (CESNI) en 13 provincias, que incluyó 120.000 niños, señaló que alrededor de un 30% de los niños en edad preescolar y escolar están excedidos de peso y entre el 10 y el 18% padecen de obesidad diagnosticada. Esta cifra coloca a Argentina como el primer país de Latinoamérica por encima de México y Brasil. La encuesta Nacional de Factores de Ries-

go (ENFR) que realizó el Ministerio de Salud de la Nación entre 2005 y 2009, indica que en el año 2006 y 2007 había un 20% de niños en edad escolar con sobrepeso, en 2008 la cifra trepó al 23%, en 2009 a un 29% y en 2010 hasta el 31%.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal. La recolección de datos se llevó a cabo en el mes de Noviembre del Año 2013 sobre una muestra compuesta de 163 niños y niñas de entre 6 y 11 años de la Escuela N°27 Distrito escolar Berazategui Provincia de Buenos Aires.

Se incluyeron a todos los niños y niñas de entre 6 y 11 años de edad presentes al día de la recolección de datos se excluyeron a los que no concurrieron el día de la toma de la muestra. La muestra se llevó a cabo previo consentimiento de los padres. Se midió a los alumnos, sobre un piso plano y horizontal de espaldas a la balanza y el tallímetro, con los talones, los hombros y la cabeza erguida, y los brazos a los costados del cuerpo. Para la medición del peso corporal se utilizó una balanza de pie con tallímetro incorporado.

Para el cálculo de Índice de Masa Corporal (IMC) también conocido como índice de Quetelet, se tomó como referencia magnitud de la talla, medida en metros, y del peso expresado en kilos. Así mismo para los casos donde se detectó sobrepeso y obesidad se realizó un cuestionario (Perseo) que constó de 32 ítems, con

preguntas abiertas y cerradas, referidas a la alimentación, actividad física y sedentarismo.

Resultados

Gráfico N°1 Distribución de alumnos de acuerdo al peso. Escuela N°27 Distrito Escolar Berazategui. Noviembre 2013.

Fuente elaboración propia Licenciatura en Enfermería. Abril 2014

En el gráfico N°1 se observa que de un total de 163 alumnos se detectaron 61 normopeso, 5 bajo peso, 45 son con sobrepeso, 52 con obesidad.

Gráfico N°2 Distribución de sobrepeso y obesidad (n=97) Escuela N°27 Distrito Escolar de Berazategui. Noviembre del 2013.

Fuente elaboración propia Licenciatura en Enfermería. Abril 2014.

En el gráfico N°2 muestra que de un total de 97 niños con sobrepeso y obesidad, 52 corresponde a obesidad y 45 a sobrepeso.

Tabla N°3.

Distribución de alumnos con sobrepeso y obesidad según categorías de edad. Escuela primaria N°27 Distrito Escolar Berazategui. Noviembre 2013.

Edad (años)	Total (Fa)	(Fa) Obesidad	(Fa) Sobrepeso
6-7	20	11	9
8-9	44	22	22
10-11	5	19	14
TOTAL	97	52	45

Fuente elaboración propia Licenciatura en Enfermería. Abril 2014.

En la tabla N°3 muestra la distribución de alumnos con sobrepeso y obesidad según la categoría de edad. Así se observa que de un total de 20 niños de 6 y 7 años de edad resultaron 11 con obesidad y 9 con sobrepeso, 44 niños de entre 8-9 años resultaron 22 con obesidad y 22 con sobrepeso y 35 niños de entre 10 y 11 años resultaron 19 con obesidad y 14 con sobrepeso.

Gráfico N°4 Distribución del total de alumnos con sobrepeso y obesidad (n=97). Escuela N°27 Distrito Escolar de Berazategui. Noviembre 2013.

Fuente elaboración propia Licenciatura en Enfermería. Abril 2014.

En el gráfico N°4 mide la distribución total de alumnos con sobrepeso y obesidad (n=97) según grados, en 1° grado se encontraron a 6 niños con sobrepeso y 8 con

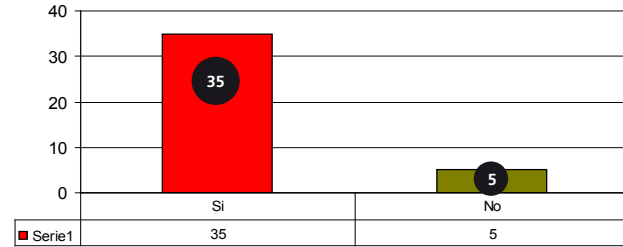
obesidad, en 2° grado 7 niños con sobrepeso y 7 con obesidad, en 3° grado 15 niños con sobrepeso y 14 con obesidad, en 4° grado se a 6 niños con sobrepeso y 7 con obesidad, en 5° grado a 9 niños con sobrepeso y 10 niños con obesidad y en 6° grado a 2 niños con sobrepeso y 6 con obesidad.

A partir de los resultados obtenidos de un total de 97 niños con obesidad y sobrepeso se entregó una encuesta PERSEO (Programa piloto escolar de referencia para la salud y el ejercicio contra la obesidad) a los padres donde se evaluó los hábitos alimentarios, actividad física y sedentarismo. De los cuales respondieron (n= 40).



Gráfico N°5

Niños con sobrepeso y obesidad que desayunan (n=40). Escuela N°27 Distrito Escolar de Berazategui. Noviembre del 2013.

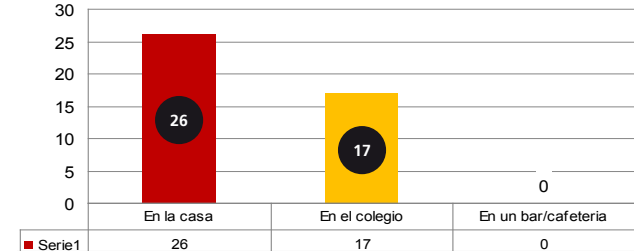


Fuente elaboración propia Licenciatura en Enfermería. Abril 2014 .

En el gráfico N°5 se observa que de un total de 40 niños, 35 desayunan y 5 no desayunan.

Gráfico N°6

Niños con sobrepeso y obesidad ¿Dónde desayunan? (n=40). Escuela N°27 Distrito Escolar de Berazategui. Noviembre del 2013.



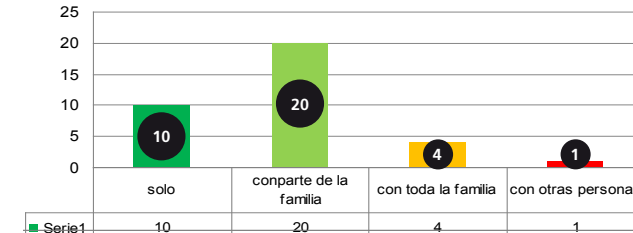
Fuente elaboración propia Licenciatura en Enfermería. Abril 2014.

En el gráfico N°6 se observa que de un total de 35 niños, 26 desayunan en la casa, 17 lo hace en el colegio. Esto nos indica que 9 de los niños desayunan 2 veces.



Gráfico N°7

Niños con sobrepeso y obesidad ¿Con quién desayunan? (n=40). Escuela N°27 Distrito Escolar de Berazategui. Noviembre del 2013.



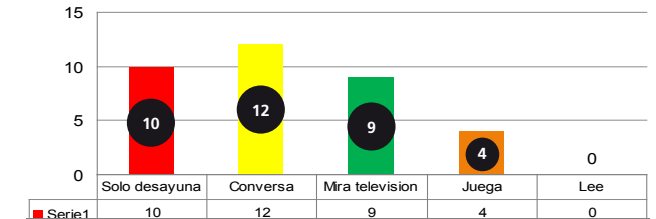
Fuente elaboración propia Licenciatura en Enfermería. Abril 2014.

En el gráfico N°7 se observar que de un total de 40 niños, 10 solo desayunan, 20 desayunan con parte de la familia, 4 con toda la familia y 1 con otras personas.



Gráfico N°8

Niños con sobrepeso y obesidad ¿Qué hacen mientras desayunan? (n=40). Escuela N°27 del Distrito Escolar de Berazategui. Noviembre del 2013.



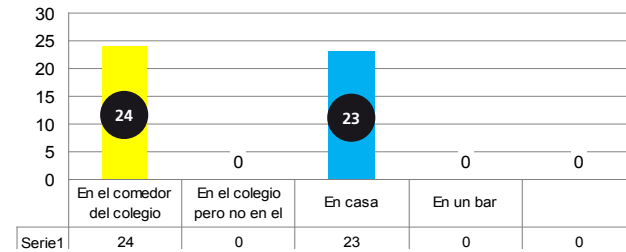
Fuente elaboración propia Licenciatura en Enfermería. Abril 2014.

En el gráfico N°8 se observa que de un total de 35 niños, 10 solo desayunan, 12 conversan, 9 miran televisión y 4 juegan.



Gráfico N°9

Niños con sobrepeso y obesidad ¿Dónde almuerza? (n=40). Escuela N°27 Distrito Escolar de Berazategui. Noviembre del 2013.



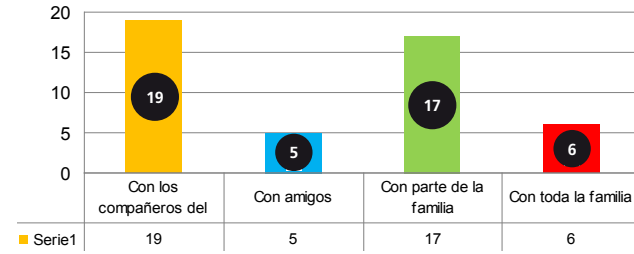
Fuente elaboración propia Licenciatura en Enfermería. Abril 2014.

En el gráfico N°9 se observa que de un total de 40 niños, 24 almuerzan en el comedor del colegio, 23 en la casa. Esto nos indica que 7 almuerzan dos veces.



Gráfico N°10

Niños con sobrepeso y obesidad ¿Con quién almuerza? (n=40) Escuela N°27 Distrito Escolar de Berazategui. Noviembre del 2013.



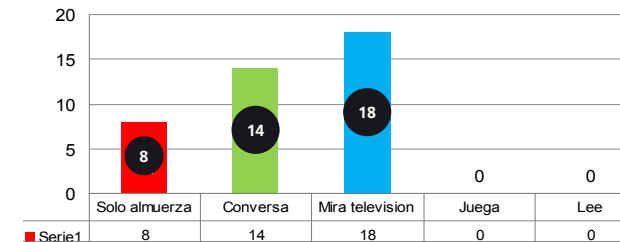
Fuente elaboración propia Licenciatura en Enfermería. Abril 2014.

En el gráfico N°10 se observa que de un total de 40 niños, 19 almuerza con los compañeros, 5 con amigos, 17 con parte de la familia y 6 con toda la familia. Esto nos indica que 7 almuerzan dos veces.



Gráfico N°11

Niños con sobrepeso y obesidad ¿Qué hacen mientras almuerza? (n=40). Escuela N°27 Distrito Escolar de Berazategui. Noviembre del 2013.



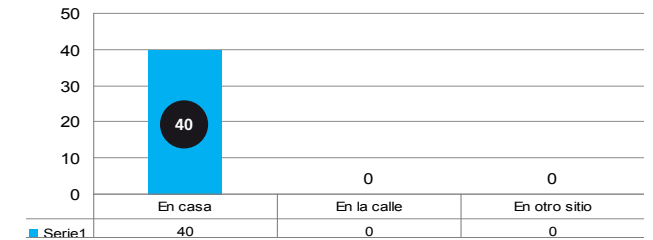
Fuente elaboración propia Licenciatura en Enfermería. Abril 2014.

En el gráfico N°11 se observa que de un total de 40 niños, 8 solo almuerza, 14 conversa, 18 mira televisión.



Gráfico N°12

Niños con sobrepeso y obesidad ¿Dónde merienda? (n=40). Escuela N°27 Distrito Escolar de Berazategui. Noviembre del 2013.



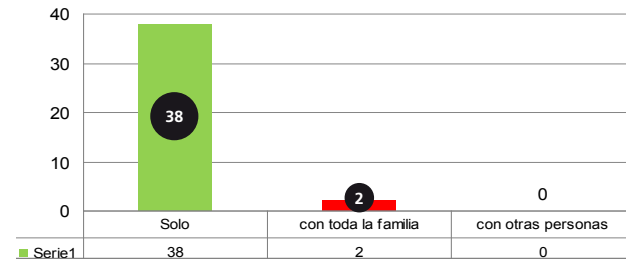
Fuente elaboración propia Licenciatura en Enfermería. Abril 2014.

En el gráfico N°12 se observa que de un total de 40 niños meriendan en la casa.



Gráfico N°13

Niños con sobrepeso y obesidad ¿con quién merienda? (n=40). Escuela N°27 Distrito Escolar de Berazategui. Noviembre del 2013.



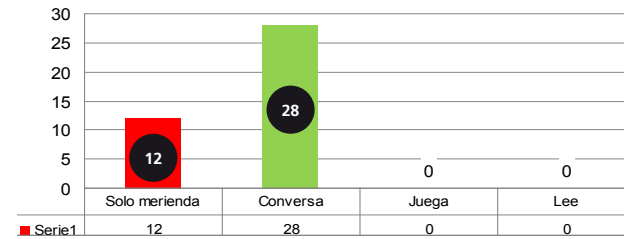
Fuente elaboración propia Licenciatura en Enfermería. Abril 2014.

En el gráfico N°13 se observa que de un total de 40 niños, 38 meriendan solo y 2 con toda la familia.



Gráfico N°14

Niños con sobrepeso y obesidad ¿Qué hace mientras merienda? (n=40). Escuela N°27 Distrito Escolar de Berazategui. Noviembre del 2013.



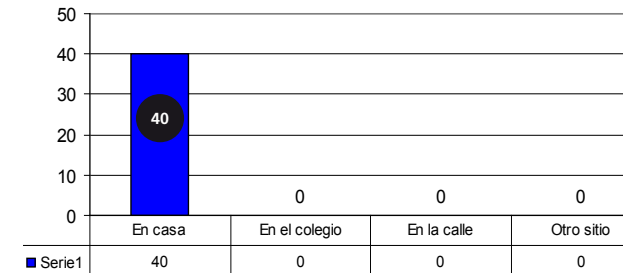
Fuente elaboración propia Licenciatura en Enfermería. Abril 2014

En el gráfico N°14 se observa que de un total de 40 niños, 12 solo merienda y 28 solo conversa.



Gráfico N°15

Niños con sobrepeso y obesidad ¿Dónde cena? (n=40). Escuela N°27 Distrito Escolar de Berazategui. Noviembre del 2013.



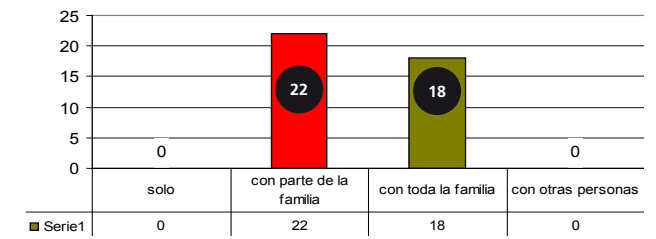
Fuente elaboración propia Licenciatura en Enfermería. Abril 2014.

En el gráfico N°15 se observa que de un total de los 40 niños cena en la casa.



Gráfico N°16

Niños con sobrepeso y obesidad ¿Con quién cena? (n=40). Escuela N°27 Distrito Escolar de Berazategui. Noviembre del 2013.



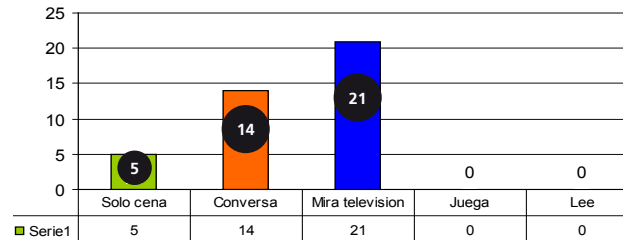
Fuente elaboración propia Licenciatura en Enfermería. Abril 2014.

En el gráfico N°16 se observa que de un total de 40 niños, 22 cena con parte de la familia y 18 con toda la familia.



Gráfico N°17

Niños con sobrepeso y obesidad ¿Qué hacen mientras cenan? Los niños con sobrepeso y obesidad. Escuela N°27 Distrito Escolar de Berazategui. Noviembre del 2013.



Fuente elaboración propia Licenciatura en Enfermería. Abril 2014.

En el gráfico N°17 se observa que de los 40 niños, 5 solo cenan, 14 conversa, y 21 mira televisión.



Cuadro N°18

Distribución de alumnos con sobrepeso de acuerdo a la frecuencia de consumo de alimentos (n=18). Cuestionario PERSEO (Programa piloto escolar de referencia para la salud y el ejercicio contra la obesidad). Escuela N°27 Distrito Escolar de Berazategui. Noviembre 2013.

Sobrepeso	Siempre	Frecuentemente	Casi nunca
Consumo de leche y derivados	9	7	2
Carnes, pescado, pollo y huevos	7	9	2
Legumbres, frutas secas	3	3	12
Verduras, hortalizas	4	11	3
Frutas	7	10	1
Cereales y sus derivados	8	7	3
Grasas, aceites	10	8	-----

Fuente elaboración propia Licenciatura en Enfermería. Abril 2014.

En el cuadro N°17 mide frecuencia y consumo de alimentos, se observa que de un total de 40 niños, 18 niños presentan sobrepeso, de los cuales 9 consumen siempre leche y derivado, 7 frecuentemente y 2 casi nunca. Carnes rojas, blancas y huevo 7 consumen siempre, 9 frecuentemente y 2 casi nunca. Legumbres y frutas secas 3 consumen siempre 3 frecuentemente y 12 casi nunca. Verduras y hortalizas 4 consumen siempre, 11 frecuentemente y 3 casi nunca. Frutas 7 consumen, 10 frecuentemente y 1 casi nunca. Cereales 8 consumen siempre, 7 frecuentemente y 3 casi nunca. Grasas y aceites 10 consumen siempre, 8 frecuentemente y 0 casi nunca.

Cuadro N°18

Distribución de alumnos con obesidad de acuerdo a la frecuencia de consumo de alimentos (n=22). Cuestionario PERSEO (Programa piloto escolar de referencia para la salud y el ejercicio contra la obesidad). Escuela N°27 Distrito Escolar de Berazategui. Noviembre 2013.

Obesidad	Siempre	Frecuentemente	Casi nunca
Consumo de leche y derivados	9	10	3
Carnes, pesado, pollo y huevos	7	14	1
Legumbres, frutas secas	-----	8	14
Verduras y hortalizas	5	12	5
Frutas	7	12	3
Cereales y sus derivados	14	8	-----
Grasas y aceites	13	9	-----

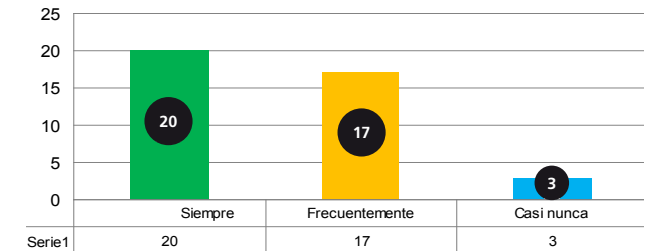
Fuente elaboración propia Licenciatura en Enfermería. Abril 2014.

En el cuadro N°18 mide frecuencia y consumo de alimentos se observa que de un total de 40 alumnos, 22 niños con obesidad de los cuales 9 consumen siempre leche y derivados, 10 frecuentemente y 3 casi nunca. Carnes rojas, blancas y huevo 7 consumen siempre, 14 frecuentemente y 1 casi nunca. Legumbres frutas secas 0 consumen siempre, 8 frecuentemente y 14 casi nunca. Verduras y hortalizas 5 consumen siempre, 12 frecuentemente y 5 casi nunca. Frutas 7 consumen

siempre, 12 frecuentemente y 3 casi nunca. Cereales 14 consumen siempre, 8 frecuentemente y 0 casi nunca. Grasas y aceites 13 consumen siempre, 9 frecuentemente y 0 casi nunca.

Grafico N°19

Frecuencia de consumo de leche y sus derivados de niños con sobrepeso y obesidad (n=40). Escuela N°27 Distrito Escolar de Berazategui. Noviembre 2013.



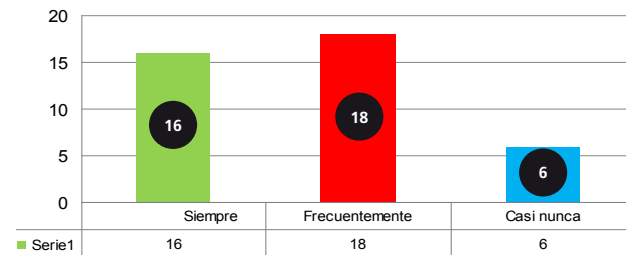
Fuente elaboración propia Licenciatura en Enfermería. Abril 2014.

El grafico N°19 mide frecuencia de consumo de leche y sus derivados se observa que de un total de 40 niños, 20 consumen siempre, 17 frecuentemente y 3 casi nunca.



Grafico N°20

Frecuencia de consumo de carnes, pescado, pollo y huevos de niños con sobrepeso y obesidad (n=40). Escuela N°27 Distrito Escolar de Berazategui. Noviembre 2013.



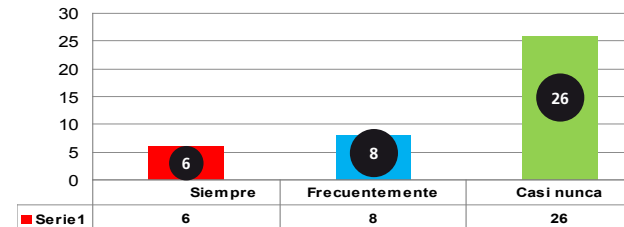
Fuente elaboración propia Licenciatura en Enfermería. Abril 2014.

En el cuadro N°21 mide frecuencia y consumo de carnes, pescado, pollo y huevos se observa que de un total de 40 niños, 16 consumen siempre, 18 frecuentemente y 6 casi nunca.



Grafico N°22

Frecuencia y consumo de legumbres y frutas secas de niños con sobrepeso y obesidad (n=40). Escuela N°27 Distrito Escolar de Berazategui. Noviembre de 2013.



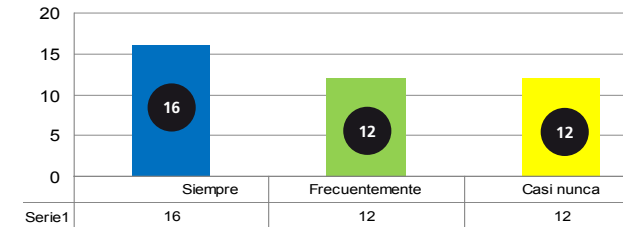
Fuente elaboración propia Licenciatura en Enfermería. Abril 2014.

En el cuadro N°22 mide frecuencia y consumo de legumbres y frutas secas se observa que de un total de 40 niños, 6 consumen siempre, 8 frecuentemente y 26 casi nunca.



Grafico N°23

Frecuencia y consumo de verduras y hortalizas de niños con sobrepeso y obesidad (n=40). Escuela N°27 Distrito Escolar de Berazategui. Noviembre de 2013.



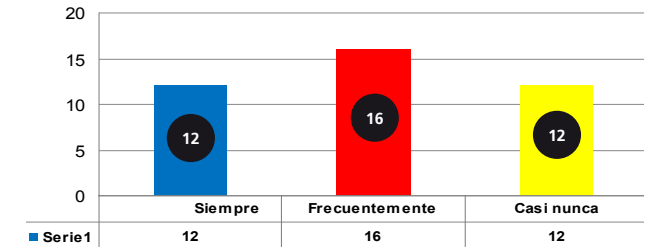
Fuente elaboración propia Licenciatura en Enfermería. Abril 2014.

En el cuadro N°23 mide frecuencia y consumo de verduras y hortalizas se observa que de un total de 40 niños, 16 consumen siempre, 12 frecuentemente y 12 casi nunca.



Grafico N°24

Frecuencia y consumo de frutas de niños con sobrepeso y obesidad (n=40). Escuela N°27 Distrito Escolar de Berazategui. Noviembre de 2013.



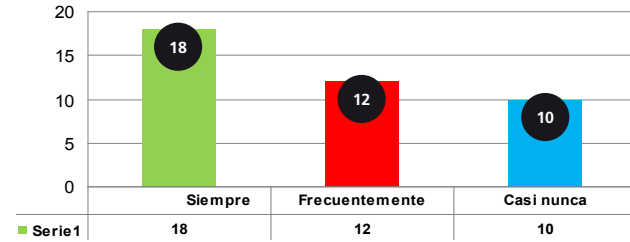
Fuente elaboración propia Licenciatura en Enfermería. Abril 2014.

En el cuadro N°24 mide frecuencia y consumo de frutas se observa que de un total de 40 niños, 12 consumen siempre, 16 frecuentemente y 12 casi nunca.



Gráfico N°25

Frecuencia y consumo de cereales y derivados de niños con sobrepeso y obesidad (n=40). Escuela N°27 Distrito Escolar de Berazategui. Noviembre de 2013.



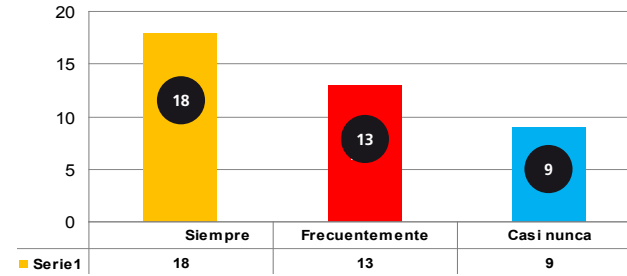
Fuente elaboración propia Licenciatura en Enfermería. Abril 2014.

En el cuadro N°25 mide frecuencia y consumo de cereales y derivados se observa que de un total de 40 niños, 18 consumen siempre, 12 frecuentemente y 10 casi nunca.



Gráfico N°26

Frecuencia y consumo de grasas y aceite de niños con sobrepeso y obesidad (n=40). Escuela N°27 Distrito Escolar de Berazategui. Noviembre de 2013.



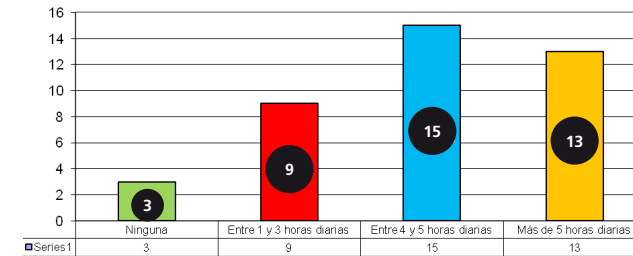
Fuente elaboración propia Licenciatura en Enfermería. Abril 2014.

En el cuadro N°26 mide frecuencia y consumo de grasas y aceites se observa que de un total de 40 niños, 18 consumen siempre, 13 frecuentemente y 9 casi nunca.



Gráfico N°27

Niños con sobrepeso y obesidad que miran televisión y usan la computadora (n=40). Escuela N°27 Distrito Escolar de Berazategui. Noviembre 2013.



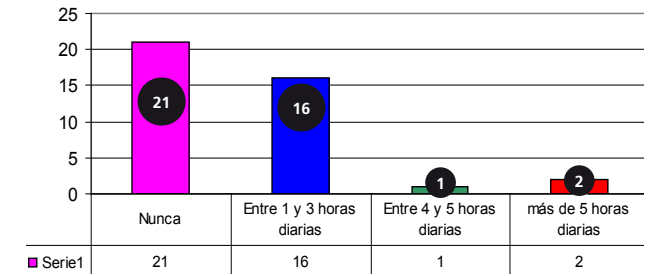
Fuente elaboración propia Licenciatura en Enfermería. Abril 2014.

En el gráfico N°27 se observa que de un total de 40 niños con sobrepeso y obesidad que miran televisión y usan la computadora, 3 niños no miran televisión y no utilizan la computadora, 9 miran televisión y utilizan la computadora entre 1 y 3 horas diarias, 15 miran televisión y utilizan la computadora entre 4 y 5 horas diarias y 13 miran televisión y utilizan la computadora más de 5 horas diarias.



Gráfico N°28

Niños con sobrepeso y obesidad que realizan actividad física y cuanto tiempo (n=40). Escuela N°27 Distrito Escolar de Berazategui. Noviembre 2013.



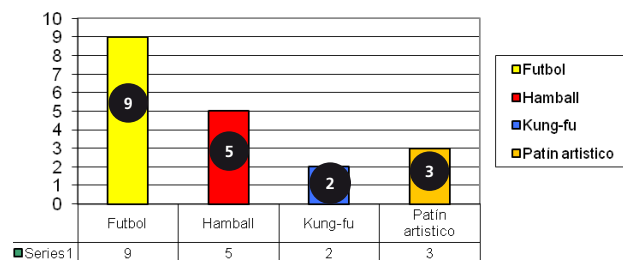
Fuente elaboración propia Licenciatura en Enfermería. Abril 2014.

En el gráfico N°28 se observa que de un total de 40 niños con sobrepeso y obesidad realizan actividad física y cuanto tiempo lo hacen, 21 no realizan nunca, 16 realizan entre 1 a 3 horas diarias, 1 realiza entre 4 a 5 horas diarias y 2 lo hacen más de 5 horas diarias.



Gráfico N°29

Niños con sobrepeso y obesidad que realizan diferentes actividades física. (n=40) Escuela N°27 Distrito Escolar de Berazategui. Noviembre 2013.



Fuente elaboración propia Licenciatura en Enfermería. Abril 2014.

En el gráfico N°29 se observa que de un total de 40 niños con sobrepeso y obesidad realizan diferentes actividades físicas, 9 realizan Fútbol, 5 Hambal, 2 Kung-fu y 3 Patin artístico.

**Conclusiones y Discusión**

La obesidad y el sobrepeso constituyen un problema de salud pública que afecta a una gran proporción de la población a nivel mundial, sin distinción de edad.

Según la Organización Mundial de la Salud, la prevalencia de sobrepeso y obesidad se ha incrementado en los últimos años hasta el punto de llegar a ser identificada como una “epidemia en expansión” (EUFIC, 2007).

En Argentina una encuesta realizada por el Centro de Estudios Sobre Nutrición Infantil (CESNI) en 13 provincias, que incluyó a 120.000 niños, señaló que alrededor de un 30% de los niños en edad preescolar y escolar están excedidos de peso, y entre el 10 y el 18% padecen de obesidad diagnosticada. Esta cifra coloca a Argentina como el primer país de Latinoamérica por encima de México y Brasil.

Según estudios de salud escolar realizadas por el Hospital Pediátrico en la provincia de Córdoba que realiza cada año y evalúa el estado nutricional de los alumnos señala que en 2006 y 2007 había un 20% de niños en edad escolar con sobrepeso, en 2008 la cifra trepó al 23%; en 2009, a 29% y en 2010, al 31,5%. Cada año se evaluaron entre mil y 1.600 chicos.

La misma situación se registra en Santa Fe, en donde se observó que el 32% de la franja que va de 5 a 19 años presenta sobrepeso, mientras que entre los me-

nores de 5 años un 24% está en riesgo de obesidad, el 8% tiene sobrepeso y el 3% es obeso.

Los cambios en los estilos de vida en relación al tipo de alimentación, patrones de consumo y actividad física, son considerados factores asociados a la obesidad y el sobrepeso. A partir de los cambios culturales y tecnológicos ocurridos en las últimas décadas esta problemática ha tenido efectos significativos sobre la alimentación. Estos cambios han conducido a que gradualmente se realice menos actividad física, además de promover estilos de vida sedentarios, que conllevan un menor gasto energético y un aumento de masa magra. Nótese que los patrones dietarios están influidos también por la oferta de alimentos y su publicidad.

Entre los principales resultados obtenidos en el presente estudio, se puso en evidencia que los niños con obesidad y sobrepeso consumen en alta cantidad los alimentos del grupo de las grasas (7) con un porcentaje del 57%. A su vez, se observó que estos niños consumen bajas cantidades de alimentos del grupo que pertenecen al grupo de verduras y hortalizas (4) con un porcentaje del 51%.

Cabe señalar que más del 50% de los encuestados (n=40) pasan sentados en la computadora o mirando televisión más de 5 horas.

Los resultados obtenidos sugieren que es necesario en un futuro próximo y con urgencia diseñar plan estraté-

gico con el fin de dar una respuesta a esta problemática. Dicho plan deberá incluir actividades de carácter educativo intervención, a fin de modificar hábitos y estilos de vida de riesgo que influirán negativamente de manera progresiva en la etapa adulta.

Los tratamientos integrales deberán incluir no solamente pautas alimentarias sino además patrones de conductas.

Los principales resultados obtenidos se hicieron evidentes que un alto porcentaje de niños con sobrepeso y obesidad presentaban un desbalance en la ecuación entre ingresos y el gasto energético. Es decir que se observó que la mayoría de los niños con esta problemática presentaban altos ingresos energéticos y poco gasto, asociado principalmente al sedentarismo y ausencia de actividad física.

Esta problemática requiere un trabajo multidisciplinar e interdisciplinar que a su vez se constituye en alternativa técnico metodológico, formativa en la medida que va construyendo su práctica y rol profesional a partir de actividades concretas en la comunidad y en el ámbito de la atención primaria.

Frente a este escenario se hace necesario diseñar un plan de monitoreo y seguimiento de la población escolar de la Región Sanitaria VI. Para conocer en mayor profundidad las características específicas de este exceso de peso, mas aun teniendo en cuenta que

existen investigaciones que señalan la existencia de casos de niños desnutridos que no obstante presentan exceso de peso.

Además, para enfermería resulta de suma necesidad continuar con las investigaciones en el grupo de niños con exceso de peso para conocer en mayor profundidad desde una mirada cuanti-cualitativa, su comportamiento y el impacto en la calidad de vida relacionada con la salud, esta podría ser utilizada como medida de diagnóstico y evaluación de intervenciones integrales de prevención del sobrepeso y promoción de los hábitos saludables.

Bibliografía

1. Fernández Segura, M. *Manejo práctico del niño obeso y con sobrepeso en pediatría de atención primaria*. En: Rev. Foro Pediátrico. 2005, Vol. 2 suple. 1, p. 61- 69.
2. Bastos, A. et al. *Obesidad, nutrición y Actividad Física. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*. Junio 2005, vol. 5 no. 18, p. 140-153.
3. Parillo M. and G. Riccardi, *Diet composition and the risk of Type 2 diabetes: epidemiological and clinical evidence*. British Journal of Nutrition, 2004 In press.
4. Hubert, H.B., et al., *Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: a 26-year follow-up of participants in the Framingham Heart Study*. *Circulation*, 1983. 67: p. 968-977.
5. Dattilo A.M. and P.M. Kris-Etherton, *Effects of weight reduction on blood lipids and lipoproteins: a meta analysis*. American Journal of Clinical Nutrition, 1992. 56: p. 320-328.
6. Organización Mundial de la Salud. *Obesidad y Sobrepeso*. Nota descriptiva 311 Sep. 2006.

7. Bastos, A. et al. *Obesidad, nutrición y Actividad Física. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*. Junio 2005, vol. 5 no. 18, p. 140-153.

8. Rojas M., C y Guerrero L. *Obesidad. Nutrición clínica y gastroenterología pediátrica*. Op. cit., p. 159-164.

9 y 10. Atalah, E et al. *Prevalencia de obesidad en escolares de la región de Aysén*. Op. cit., p. 208-214.

11. Briz Hidalgo, F. J. Cos Blanco, A. I. y Amate Garrido, A. M. *Prevalencia de obesidad infantil en Ceuta*. Estudio PONCE 2005; Nutrición Hospitalaria. 2007, vol. 22 no. 4, p. 471-7.

12. International Obesity Taskforce. *Childhood obesity "out of control"* [online]. IOTF childhood obesity report. May. 2004. Available from Internet: <http://www.iaso.org/iotf/>

13. Moreno, B. Monereo, S y Alvaez, J. *Obesidad, la epidemia del siglo XXI*. Op. cit., p. 110.

14. Andersen, R. et al. *Relationship of physical activity and television watching with body weight and level of fatness among children*. In: JAMA. 1998, vol. 279, p. 938-942.

15. Braguinsky, J. *Prevalencia de obesidad en América Latina* [en línea]. En: Anales Sts san Navarra. 2002, Vol. 25 no. 1, p. 109-115. Disponible en Internet: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup1/suple11a.html>.

16. Calzada, L. *Obesidad en niños y adolescentes*. México: Editores de Textos Mexicanos. 2003, p. 81-83,112.

17. Mexico. Instituto Nacional de Salud Pública *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*. Op. cit., p. 94-97.

18. Bustamante, B M. y Salazar, S. *Determinación de prevalencia de obesidad*. Evaluación antropométrica, ingesta y actividad física en escolares. Trabajo de grado nutricionista dietista. Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de medicina, Nutrición y dietética, 2003. 100 p.

19. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Presidencia de la República. *Encuesta nacional de situación nutricional*. Op. cit., p. 250.

20. Instituto Colombiano De Bienestar Familiar. Presidencia de la República. *Encuesta nacional de situación nutricional*. Op. cit., p. 250.

21. Lucas, B. *Nutrición en la infancia*, Cap. 10. En: MAHAN, et al. *Nutrición y dietoterapia de Krausse* 10a. ed. México: MC Graw Hill Interamericana. 2001, p. 260-261.
22. Lam de Calvo, O. *Fisiología del Tejido Adiposo* [en línea]. En: Telmeds.org. [Consultada agosto, 2010]. Disponible en Internet: <http://www.telmeds.org/articulos/fisiologia-del-tejido-adiposo/>
23. Albalá, C. et al. *Obesidad un desafío pendiente*. Chile: Editorial Universitaria S.A. Primera edición. 2000. 308 p.
24. Palou, A. *Los genes de la obesidad*. En: *Nutrición y obesidad*, SEEDO. 1998, vol. 1 no. 6, p. 280-298.
25. Badran, N. et al. *El tejido adiposo como órgano endocrino* [en línea]. En: Bioquímica, Universidad Nacional del Nordeste. 2008. Argentina. Disponible en Internet: <http://www.med.unne.edu.ar/catedras/bioquimica/>
26. Badran, N. et al. *El tejido adiposo como órgano endocrino*. Op. cit., <http://www.med.unne.edu.ar/catedras/bioquimica/>
27. Leibel, R. *Obesidad*. En: *Nutrición clínica en la infancia*. Cap. 8. NESTLE Nutrition. Raven Press New York. 1986, p. 155-174.
28. Cervera, P.; Clapes, J. y Rigolfas, R. *Alimentación de los escolares y adolescentes*. En: Alimentación y dietoterapia. Cap. 25. 3a. ed. Madrid: Mc Graw Hill Interamericana. 1999. 432 p.
29. Toussaint, G. *Patrones de dieta y actividad física en la patogenia de la obesidad en el escolar urbano*. En: Bol Med Hosp Infant México. 2000, vol. 57 no. 11, p. 650-662.
30. Lucas, B. *Nutrición en la infancia*, Cap. 10. En: MAHAN, et al. *Nutrición y dietoterapia de Krausse* 10a. ed. México: Mc Graw Hill Interamericana. 2001, p. 260-261.
31. Aranceta, B. et al. *Factores determinantes de la obesidad en la población infantil y juvenil española*. Citado por: SERRA, M. et al. *Obesidad infantil y juvenil*. Estudio EnKid. Barcelona: Editorial Masson, 2001, p. 109-28.
32. Lucas, B. *Nutrición en la infancia*, Cap. Op. cit., p. 10260-261.
33. *Manual Práctico de nutrición en Pediatría* Editorial Ergon 2007 C/Aboleda, 1-28220 Majadahonda Madrid; Pág. 1, 2 Rev. Pediatr Aten Primaria. 2005; 7:255-275 Grupo PrevInfad, previnfad@aepap.org.

34. Serra, M. et al. *Obesidad infantil y juvenil*. Estudio EnKid. Barcelona: Editorial Masson, 2001, p. 109-28.
35. Gipson, R. *Principles of nutritional assessment*. New York: Oxford University Press. 1990. 928 p. Op. cit., p. 160.
36. Serra M., L. y Arranceta J. Aranceta, Javier. *Epidemiología de la obesidad en los países desarrollados*. En: *Nutrición y obesidad*. Enero-febrero 1998, Vol. 1 no. 1, p. 12-22.
37. Hammond K. *Valoración alimentaria y clínica*. In: MAHAN K and ESCOTT-STUMP S. *Nutrición y dietoterapia de Krause*. 10a. ed. México. 2001, p. 386-413.

Intensidad de colaboración en el equipo multidisciplinario de salud

Noelia Zemleduch¹
Daniela Edith Escudero²
Brigitte Marsollier³

Contacto
danielaescudero@doc.uap.edu.ar

Palabras Clave
Colaboración multidisciplinaria
Trabajo en equipo
Equipo de salud

Se midió el grado de colaboración existente en el equipo de salud clínico de un sanatorio privado de Argentina, identificando a los integrantes que percibían mayor o menor colaboración y se verificó si existía alguna relación entre la colaboración, la edad y los años de antigüedad en la profesión.

Se encontró que el 59% de los profesionales percibe una colaboración media, el 33,3% la percibe como mínima y el 7,7% percibe alta colaboración.

Estudios anteriores han demostrado que la colaboración dentro del equipo sanitario es un factor importante y significativo en la recuperación de los pacientes. Conociendo ahora, el grado de intensidad de colaboración existente en el equipo de salud de la institución estudiada, es posible iniciar acciones que estimulen y fomenten la colaboración entre sus miembros para mejorar la calidad de atención.

Introducción

El equipo de trabajo es el conjunto de personas asignadas o autoasignadas, de acuerdo a habilidades y competencias específicas, para cumplir una determinada meta bajo la conducción de un coordinador⁽¹⁾.

El trabajo en equipo se refiere a la serie de estrategias, procedimientos y metodologías que utiliza un grupo humano para lograr las metas propuestas. El trabajo multidisciplinario tiene sentido cuando existe una meta en común; cuando todos trabajan colaborando para lograr el objetivo propuesto. En el equipo de salud, cada

¹ Licenciada en enfermería. Enfermera en control de infecciones en Sanatorio Adventista del Plata. Argentina.

² Licenciada en enfermería. Profesora universitaria. Docente titular en Universidad Adventista del Plata. Argentina.

³ Licenciada en enfermería. Profesora universitaria. Docente titular en Universidad Adventista del Plata. Argentina.

profesional presta sus servicios desde la disciplina en la cual está especializado, y surge así un equipo multidisciplinario, que tiene como finalidad que el paciente reciba una atención integral. Un grupo de personas trabajando juntas en la misma materia, pero sin ninguna coordinación entre ellos, en la que cada uno realiza su trabajo de forma individual y sin que le afecte el trabajo del resto de compañeros, no forma un equipo. Es necesario que dentro del equipo haya un nexo que una a sus integrantes. Este nexo es la colaboración.

D'Amour y San Martín Rodríguez⁽²⁾ definen a la colaboración como “un proceso complejo y dinámico de interacción entre profesionales interdependientes, que se relacionan como compañeros y que comparten el poder a través de la toma de decisiones, en vista de alcanzar un objetivo común centrado en el cliente”. El objetivo que se planteó fue medir el grado de colaboración existente en el equipo de salud clínico de un sanatorio privado de Argentina, identificando a los integrantes que percibían mayor o menor colaboración y verificar si existía alguna relación entre la colaboración, la edad y los años de antigüedad en la profesión.

Pacientes y Métodos

El estudio se desarrolló con profesionales del sector clínico de un sanatorio privado de Argentina. Se utilizó un diseño descriptivo, retrospectivo y transversal. Participaron del estudio todos los integrantes del equipo: Médicos residentes de clínica y cardiología: 14; Enfermeros: 17; Equipo sanitario que interviene esporá-

dicamente (Kinesiólogos: 2; Nutricionista: 1; Técnicos de laboratorio: 2); Y equipo no sanitario (Secretarías de enfermería: 2; Capellán: 1). Se incluye a todos los profesionales del área clínica sin excepción; siendo en total 39 personas las participantes del estudio. La encuesta se realiza en forma anónima y confidencial.

La variable en estudio es la colaboración, definida como la interacción de dos o más personas dirigidas hacia un objetivo común, mutuamente beneficioso. Se midió con el instrumento que calcula el grado de intensidad de la misma en: alta, media y mínima colaboración. Además se incluyó la edad, evaluada en años; antigüedad medida en meses/años y profesión (o rol en el equipo) medida por el cargo que ocupa.

El instrumento utilizado es la “Escala de la intensidad de colaboración interprofesional en salud”, creada por Sicotte⁽³⁾ y validada y traducida al español por San Martín Rodríguez, D'Amour y Leduc^(4,2). Consta de 18 ítems que miden cuatro factores: “coordinación” compuesto por los ítems 4, 6, 7, 8, 9 y 18; “opinión sobre la percepción del paciente”, por los ítems 5 y 17; “grado en que las actividades clínicas son compartidas”, formado por los ítems 2, 11, 12, 13, 14, 15 y 16, y “apreciación global”, compuesto por los ítems 1, 3 y 10.

Para obtener los resultados se realizaron pruebas de frecuencia, análisis de asociación con χ^2 para variables cualitativas y correlación de Pearson para variables cuantitativas.

Resultados

El estudio contó con la participación de 17 enfermeros (43,6%); 14 médicos (35,9%); cinco personas del equipo sanitario que interviene esporádicamente (12,8%) integradas por dos kinesiólogos, una nutricionista y dos técnicos de laboratorio, y tres personas del equipo no sanitario (7,7%) conformadas por dos secretarías y un capellán. El 64,1% de la población fue de sexo femenino y el 35,9% de sexo masculino. Las edades estuvieron comprendidas desde los 22 hasta los 54 años de edad, cuyo promedio es de 33 años, y los años de antigüedad varían desde los nueve meses hasta los 32 años, siendo ocho años el promedio.

Los resultados generales demuestran que casi el 60% del equipo de salud percibió una colaboración media, en tanto que un 33,3%, como mínima. Ver tabla 1.



Tabla 1

Descripción del grado de colaboración percibido por el equipo de salud.

Grado de colaboración	Frecuencia	Porcentaje
Alta colaboración	3	7,7
Colaboración media	23	59,0
Mínimo de colaboración	13	33,3
Total	39	100,0

En la evaluación de la percepción del grado de colaboración según la profesión se halló que el equipo no sanitario es el grupo de profesionales que percibió más colaboración. Los médicos demostraron sentir intensidad de colaboración media, mientras que los enfermeros tuvieron porcentajes similares en colaboración media como en colaboración mínima. El equipo sanitario que interviene esporádicamente, tuvo iguales resultados en colaboración media y mínima. Ver tabla 2.

Tabla 2

Distribución del grado de colaboración según profesiones del equipo.

Profesión	Mínimo de colaboración	Colaboración media	Alta colaboración
Médicos	28,6% (4)	71,4% (10)	0,0% (0)
Enfermeros	41,2% (7)	58,8% (10)	0,0% (0)
Equipo sanitario que interviene esporádicamente	40,0% (2)	40,0% (2)	20,0% (1)
Equipo no sanitario	0% (0)	33,3% (1)	66,7% (2)

La edad y la antigüedad no presentaron correlación estadísticamente significativa, aunque se observó una tendencia positiva que posiblemente con una población más grande podría ser significativa.

Discusión

Analizando los resultados se concluye que el equipo no sanitario es el único que percibe alta colaboración. Esto puede deberse a que los integrantes de dicho grupo no pasan mucho tiempo en el servicio. La secretaria está presente más horas pero no tiene contacto directo con el paciente. El capellán realiza una visita diaria y no permanece por mucho tiempo en el sector.

El equipo sanitario que interviene esporádicamente percibe a la colaboración en sus tres niveles: alta, media y mínima. Tal vez el hecho de percibir alta colaboración se deba al mismo factor del equipo no sanitario: pasan poco tiempo en el servicio. Pero a la vez, perciben en igual porcentajes colaboración media y mínima por el hecho de que necesitan sí o sí de la interacción con el resto del equipo.

Los médicos perciben colaboración media. Pasan tiempo en el servicio pero no están permanentemente, y nuevamente se repite el mismo factor del tiempo que puede ser el causante del desgaste de las relaciones interprofesionales. Es interesante notar que tanto médicos como enfermeros no perciben alta colaboración dentro del equipo.

Los enfermeros son el grupo de profesionales que presenta porcentajes más altos en el grado de colaboración mínima, aunque prácticamente la mitad de dicho grupo también percibe colaboración media. Es el personal que está las 24 horas con el paciente. El resultado podría deberse a que los enfermeros no están satisfechos con las condiciones laborales, lo cual cabría investigar. Es el grupo que más tiempo pasa en el servicio y por ende está más susceptible a los problemas de relaciones interpersonales. Además, al no estar definidas completamente las actividades y responsabilidades de cada parte del equipo, no se logrará una colaboración adecuada.

La colaboración está íntimamente relacionada con el compartir, la interdependencia, el compañerismo y el poder. Cuando faltan algunos de estos factores o están disminuidos, la colaboración fracasa. Si la colaboración es media o mínima, es señal de que el trabajo no se está realizando como corresponde y no se están cumpliendo los objetivos.

Conclusión

Con el estudio realizado se pudo cumplir el objetivo de conocer la intensidad de colaboración que existe entre los profesionales del equipo de salud estudiado durante el mes de septiembre de 2008. En dicho grupo de profesionales existe un grado de colaboración medio del 59%.

Conocer este resultado resulta importante para entender la deficiencia que existe dentro del equipo. El objetivo de un equipo multidisciplinario es complementarse entre todos para lograr una atención integral, pero si no existe colaboración entre los diferentes profesionales, dicho objetivo no se puede alcanzar. Un equipo que trabaja en estas condiciones no alcanzará calidad en la atención.

El equipo no sanitario es el que percibe una alta colaboración, pero sería muy importante que todo el equipo de profesionales la percibiera de la misma manera.

No se hallaron diferencias significativas en cuanto al grado de colaboración según sexo, edad y años de antigüedad.

Bibliografía

1. Furtado J. *Equipos de referencia: arreglo institucional para potenciar la colaboración entre disciplinas y profesiones*. Interfase. 2007; 11 (22): 239-255.
2. San Martín Rodríguez L, D'Amour D, Leduc N. *Validación de un instrumento de medida de la intensidad de la colaboración entre los profesionales de la salud* traducido al español. Enfermería Clínica. 2007; 17 (1): 24-31.
3. Sicotte C, D'Amour D, Moreault, M. *La colaboración interdisciplinaria dentro de los centros de salud de la comunidad de Québec*. Sociedad Ciencia y Medicina. 2002; 55 (6): 991-1003.
4. D'Amour D, San Martín Rodríguez L. *La colaboración entre profesionales de la salud: utilidad de un modelo*. Revista Rol de Enfermería. 2006; 29 (9): 47-52.
5. San Martín Rodríguez L., D'Amour D, Leduc N. *Influencia del nivel de colaboración interprofesional sobre la gestión del dolor de pacientes oncológicos*. Metas de Enfermería. 2008; 11 (2): 27-32.
6. Wachs J. E. *Building the occupational health team: keys to successful interdisciplinary collaboration*. AAOHN 2005; (4): 166-71.

7. Vyt A. *Interprofessional and transdisciplinary teamwork in health care*. Diabetes. 2008; 24 (1): 106-9.
8. Xyrichis A. *Teamwork: a concept analysis*. J. Adv. Nurs. 2008; 61 (2): 232-41.
9. Zwarenstein M. *Structuring communication relationships for interprofessional teamwork: a cluster randomized controlled trial*. Trials. 2007; 18 (8): 8-23.
10. Kvarnström S. *Difficulties in collaboration: a critical incident study of interprofessional healthcare teamwork*. J Interprof Care. 2008; 22 (2): 191-203.

Comparación de en enfermeros de una Institución Privada y Pública de la Provincia de Entre Ríos

Grethel Samojluk Haselbek¹
Daniela Edith Escudero²

Contacto
danielaescudero@doc.uap.edu.ar

Palabras Clave

Estilos de vida
Comportamiento saludables
Profesionales de la salud
Turnicidad

¹ Licenciada en enfermería. Enfermera en control de infecciones en Sanatorio Adventista del Plata. Argentina.

² Licenciada en enfermería. Docente titular en Universidad Adventista del Plata. Argentina.

Resúmen

Introducción

Los estilos de vida perjudiciales de los enfermeros no sólo tienen consecuencias en lo individual, sino también en el área de trabajo, con una disminución de los niveles de atención y del rendimiento en la ejecución de tareas, lo cual incrementa el riesgo de causar perjuicios a sus pacientes.

Se planteó como objetivo caracterizar el estilo de vida de los Enfermeros de un Sanatorio privado y un hospital Público en Entre Ríos.

Pacientes y métodos

Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Se utilizó el cuestionario de prácticas sobre estilos de vida, de Salazar y Arrivillaga adaptado. Se tomó una muestra de 94 enfermeros (57,4% perteneciente de la institución pública, y el 42,6% a la privada).

Resultados

Se encontró una percepción positiva en cuanto al estado de salud de los enfermeros. El 28,7% refirió haber sentido depresión. Se presentan deficiencias sobre todo en el aspecto de actividad física, lo cual se vio relacionado con los enfermeros que tienen hijos y los que trabajan en el turno rotativo. Algunas veces dedican tiempo en actividades recreativas. Sólo una cuarta parte de la muestra realiza chequeos médicos en forma preventiva, y el 36% realiza anualmente el

PAP. El 72% sigue el protocolo frente a accidentes. La mitad de los enfermeros tienen conductas alimenticias incorrectas. El 78% no tiene hábitos de tabaquismo y el 70% no consume alcohol. El 100% refirió nunca consumir sustancias psicoactivas. El 40% a veces duerme siete horas.

Conclusiones

La turnicidad y la institución a la que pertenecen los enfermeros influyen en los estilos de vida. A la vez comparando los estilos de vida de los profesionales de la salud según los turnos de trabajo se observa que afecta parcialmente los hábitos de alimentación, ejercicio físico, sueño, tabaquismo, compartir tiempo con la familia y amigos. Sobre todo en los enfermeros que trabajan en el turno rotativo, de la institución pública.

Introducción

Los conceptos de modo y estilos de vida comenzaron a ser objeto de las ciencias médicas en la segunda mitad del siglo XX, a partir del redimensionamiento del concepto de salud.¹

Los estilos de vida son los comportamientos que se ejecutan de forma estructurada y que cuando se establece de una forma habitual de responder ante una situación se pueden entender como hábito². Generalmente estos hábitos son susceptibles a ser modificados.²

Existen factores que pueden afectar las conductas saludables, tales como: la edad, género, nivel socioeconómico, las experiencias pasadas, la susceptibilidad, estados emocionales, la autoestima, el acceso a servicios médicos, y beneficios percibidos por cada persona.²

En el caso de los profesionales de la salud muchas veces se supone que deberían tener buenos estilos de vida, debido al pleno conocimiento que tienen de los hábitos y la salud, así también como las etiologías de las enfermedades y su tratamiento². Lamentablemente no siempre es así, muchas veces se encuentra profesionales de la salud quienes recomiendan a sus pacientes conservar buenos hábitos de salud, pero sin ponerlos en práctica personalmente.²

Se sabe que los hábitos de alimentación, actividad física, sueño, vida social, se afectan negativamente dependiendo de la profesión y sobre todo la turnicidad de trabajo.³ Los efectos negativos se incrementan con los años de exposición. Los ritmos biológicos (circadianos) son sincronizados por determinados factores externos como el ciclo luz- oscuridad. Las personas que cambian frecuentemente de jornada laboral, padecen deterioro de la salud física. En primer lugar se manifiesta por alteración de los hábitos alimentarios y trastorno del sueño y en segundo lugar por alteraciones cardiovasculares y neuropsíquicas.³

Numerosos estudios demuestran el impacto nocivo que tiene el turno noche sobre el sueño, la vida social, laboral y familiar. Para el personal de enfermería estos efectos negativos tienen consecuencias no sólo en lo individual, sino también en su área de trabajo, con una disminución de los niveles de atención y del rendimiento en la ejecución de tareas, lo cual incrementa el riesgo de causar perjuicios a pacientes y otras personas con las cuales se relacionan durante la actividad laboral.⁴

Estilos de vida en profesionales de la salud

En un estudio realizado durante el 2006 en Bogotá, Colombia, quienes utilizaron el cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida, tomado de Salazar y Arrivillaga se encontró que sólo el 11,5% de los médicos y el 6,73% de las enfermeras presentan un estilo de vida saludable.

Cerca de la mitad (48,2% y 47,1%) posee deficiencia en la práctica de una de las conductas y el 40,2% de los médicos y el 46,2% de las enfermeras, tiene prácticas deficientes en dos o más conductas. El principal problema está relacionado con la actividad física y el deporte. No se encontró relación entre el nivel de acuerdo con el modelo biomédico y el estilo de vida de los profesionales. En cuanto al Índice de Masa Corporal (IMC), se encontró que un poco más de la mitad de los médicos y de las enfermeras estuvo clasificado en IMC normal (61,2% médicos y 52,9% enfermeras), que una tercera parte presentaba sobrepeso u obesi-

dad (23,3% y 29,4%) y que una quinta parte tenía bajo peso o deficiencia nutricional (15,2% y 17,6%). Los resultados demuestran que los profesionales evaluados en general demuestran deficiencias, sobre todo en aspectos como la actividad física y el deporte, siendo menos saludables las enfermeras que los médicos.²

En un trabajo que se realizó en los años 2000 y 2001, en un hospital de Guanacaste, Costa Rica sobre la Prevalencia de la Obesidad, patologías crónicas no transmisibles asociadas y su relación con el estrés, hábitos alimentarios y actividad física en los trabajadores se encontró que el 77% presentaba algún grado de obesidad, del cual el 44% eran mujeres y el 33% eran hombres. De 12 empleados que padecían alguna enfermedad cardíaca (3% de los hombres y 6% de las mujeres), el 67% presentó cardiopatías con obesidad. El sexo femenino presentó una mayor incidencia en esta enfermedad, con un 42% en el primer caso y un 33% en el segundo caso.

Un 46% realizaba algún tipo de ejercicio físico, la mayoría (25%) de los que lo hacían eran hombres; mientras que, entre los que no practicaban ejercicio (54%), la mayoría eran mujeres (38%).

El 84% de los encuestados consumía preparaciones fritas y las mujeres eran las que más las consumían (49%). Un alto porcentaje de la población encuestada tenía malos hábitos alimentarios, especialmente en el sexo femenino.

También el 60% consumía alcohol, reflejándose altos porcentajes en ambos sexos (hombres 31% y mujeres 29%), mientras que un 40% de hombres no consumía licor y un 30% de las mujeres no consumía.

Se encontró una alta ingesta calórica tanto en hombres (6215 Kcal) como en mujeres (4180 Kcal). Se observó el elevado consumo de carnes, embutidos, azúcares en ambos sexos. Sobre los hábitos alimentarios, más de la mitad de la muestra come con prisa y come entre comidas, la tercera parte reportó comer más de lo habitual cuando estaba triste y el 43% comía mientras miraba televisión. El 83% de la muestra presentó un nivel de estrés, de los cuales un 51% correspondió al sexo femenino y un 32% correspondió al sexo masculino.⁵

Calidad de vida en Enfermeros

En una investigación que se llevó a cabo en Cuba en 2005. Se encontró una buena calidad de vida laboral fundada en bajos índices de riesgo de estrés laboral, elevada autoestima y satisfacción, contraria a otras investigaciones en otras partes del mundo. No se percibió diferencias entre las categorías de los niveles profesionales. Se concluyó que la causa generadora de estrés entre el personal de enfermería estaba relacionada con la agonía y muerte de los pacientes. Se observó indicadores bajos de vulnerabilidad ante el estrés y factores negativos. Otro punto a resaltar fue la baja motivación por los ejercicios físicos, generalmente las mujeres de Cuba son menos propensas a realizar deportes. También se destacó el consumo elevado de

café y el hábito de fumar (el 35% fuman ocasionalmente, 15% lo hace diariamente).⁶

En un estudio realizado en Medellín, Colombia durante el año 2005 el 73% refirieron que la calidad del cuidado ha empeorado; el 49% refirió un agotamiento o cansancio psíquico; el 85% consideró que su salario satisface la necesidad de subsistencia de ellos y sus familias. Se destacó que sólo el 22% entrenaba, un 14% utilizaba su tiempo de ocio y un 5% tenía tiempo para el afecto. Se demostró que la calidad de vida de los profesionales de enfermería tiene un desbalance en la realización de sus necesidades humanas.⁷

Hábitos de alimentación, horas de sueño y actividad física según la turnicidad

En otra investigación realizada en el 2007, en España, no encontraron diferencias significativas al analizar 3 variables estudiadas (IMC, actividad física y consumo de alimentos) relacionándolas con la turnicidad. El IMC fue de 23,17y teniendo el personal un 2,4% peso insuficiente, 74,6% normopeso, 19% sobrepeso y un 4% obesidad. El IMC de los trabajadores con turno rotatorio se asemeja al recomendado por la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad. Se encontró una alimentación más saludable en el turno rotatorio respecto al turno fijo en el consumo de fruta, huevo, pescado, embutidos, snacks y alcohol. Un 72,9% de los trabajadores realizan algún tipo de actividad física y un 27% son sedentarios. En este estudio la turnicidad no influye negativamente

en el IMC, hábitos de alimentación y actividad física de los trabajadores del Hospital.³

En un estudio en Cuba sobre los efectos de la turnicidad laboral sobre la calidad del sueño y la percepción de salud sobre una muestra semiprobabilística de 101 sujetos. Se observó que predominó el insomnio en 57 personas (74%) y se comprobó que la presencia de éste trastorno tiene una relación causal fuerte con la exposición a nocturnidad laboral. El riesgo de padecer insomnio resultó tres veces mayor en los trabajadores expuestos al turno noche. El 76,2% presentó trastornos del sueño, para una prevalencia del 20%. El insomnio fue el trastorno más frecuente con una prevalencia de 14,7%, luego le siguió hipersomnia (3,1%), seguido por el síndrome de apnea obstructiva del sueño (2,6%) y las parasomnias (2,06%). Los profesionales que trabajaban en turnos irregulares describieron más problemas en el patrón sueño, aumento de consumo de café y mayor tabaquismo. Los que trabajaban en turnos regulares refirieron mayor afectación en la relación con su pareja y sus familiares.⁸

En una muestra realizada en un hospital en Cuba se investigó sobre la úlcera péptica gastroduodenal (UPGD) y turnicidad laboral. La muestra fue en 76 trabajadores los cuales se los dividió en dos grupos, los expuestos al trabajo en turno noche (49 trabajadores, 64,5%) y el no expuesto (27, un 35,5%). El sexo masculino fue el más frecuente (69 trabajadores, representando el 90,8%). Se detectó en 56 profesionales

(73,3%) la localización de úlcera péptica gastroduodenal. Los expuestos a la nocturnidad presentaron mayor cantidad de profesionales con la gran mayoría de los factores de riesgo para la UPGD, en comparación con el no expuesto, empleo de AINES, síntomas de fatiga mixta, baja recompensa laboral y llegaron a ser estadísticamente significativas las diferencias en cuanto a factores de individualidad como alimentación durante el turno de trabajo y horario de descanso en la jornada laboral.⁹

En una valoración nutricional en los trabajadores sanitarios expuestos a distintos turnos en canarias se demostró que los trabajadores sometidos a turnicidad tenían mayor consumo de ternera, huevos y pastas. El estudio estuvo compuesto por 207 trabajadores quienes pertenecían al turno fijo de mañana y 210 con turno rotatorio. El 62% de los hombres y el 37,2% de las mujeres poseían sobrecarga ponderal (obesidad y sobrepeso) y el 46% de la muestra presentó sedentarismo.¹⁰

El problema que se planteó fue ¿Cuáles son las prácticas relacionadas con el estilo de vida en enfermeros en un Sanatorio privado y un Hospital público en Entre Ríos?

Conocer el estilo de vida de los trabajadores es un factor importante a tener en cuenta para iniciar medidas correctoras.

El objetivo de este trabajo fue caracterizar el estilo de vida de los Enfermeros de una institución privada y una pública de Entre Ríos y compararlo según turnos de trabajo, ámbito de trabajo (público- privado), sexo, edad, estado civil, si tienen hijos e IMC.

Pacientes y Métodos

Se planteó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal que incluyó a enfermeros de dos instituciones (una privada n=40 y una pública n=59) de Entre Ríos que realizaban atención directa a pacientes.

El estilo de vida se definió como una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales.¹¹ Fueron evaluadas siete dimensiones: actividad física, tiempo de ocio, autocuidado, prácticas profesionales, hábitos alimenticios, consumo de sustancias psicoactivas y sueño.

Además se incluyeron datos de identificación general como género, edad, peso, talla (para el cálculo de IMC¹²), estado civil y turno de trabajo.

Para la recolección de datos se utilizó una adaptación del cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida de Arrivillaga, M; Salazar, I y Gómez, I. (2002) según el cual utiliza una escala de Likert de cuatro puntos (siempre, frecuentemente, algunas veces, nun-

ca) y que fue entregada y respondida en el lugar de trabajo. Fueron eliminadas las encuestas que fueron respondidas de manera incompleta.

Para el procesamiento estadístico se utilizó el paquete SPSS y se realizaron estadísticas descriptivas (tablas de distribución) y prueba Chi cuadrado de Pearson.

Resultados

Los sujetos estudiados son en su mayoría mujeres (72%), tenían una edad promedio de 34 años, el 48% estaba casado y con hijos el 54%. En la totalidad de los sujetos estudiados el 82% eran enfermeros profesionales, los cuales trabajaban en turnos rotativos (52%). De los profesionales encuestados el 57% trabajaba en una institución pública.

La percepción de salud y depresión reportada por los enfermeros se presenta en la tabla 1.



Tabla 1

Percepción de salud y depresión de los enfermeros estudiados de ambas instituciones. Entre Ríos, 2011.

		Frecuencia	Porcentaje
Percepción de salud	Excelente	3	3,2
	Muy buena	20	21,3
	Buena	55	58,5
	Regular	16	17,0
Percepción de depresión	Sí	27	28,7
	No	67	71,3

El 58% de los enfermeros refirió tener buena salud, aunque el 17% afirmaba poseer una salud regular. Si bien la mayoría no tenía depresión, llama la atención que el 28% refiera sí tenerla.

Al evaluar actividad física se halló que el 51% de los enfermeros algunas veces realizaba ejercicios, mientras que el 17% nunca lo hacía. La mayoría de los enfermeros no realizaba ejercicios para el funcionamiento cardíaco (55%), para estar tranquilo (76%) o bajo supervisión (73%).

Las actividades que los enfermeros realizaban en el tiempo de ocio incluían tiempo con la familia y amigos (40%), para recreación (27%), momentos de descanso (22%) y en menor medida para actividades académicas o laborales (13%).

En la dimensión autocuidado se encontró que 28% de los enfermeros siempre asistía al odontólogo y al médico en forma preventiva una vez al año. El 22% se realizaba siempre exámenes de colesterol, triglicéridos y glucemia una vez al año y 21% nunca lo hacía. De las mujeres 36% anualmente se realizaba el PAP y de los hombres únicamente el 1% se sometió a exámenes de próstata anualmente mientras que el 7% nunca lo hizo.

De los profesionales que se exponían al sol 35% usaba siempre protectores solares y el 43% intentaba evitar exposiciones prolongadas. La realización de autoexámenes de control fue baja (29% de las mujeres y el 4% de los hombres). El 51% nunca utilizaba medidas de protección cuando practicaban alguna actividad física. Si bien el 92% de los enfermeros nunca manejaba bajo efectos de alcohol u otras sustancias psicoactivas, un pequeño porcentaje si lo hizo algunas veces (6%). El 35% utilizaba frecuentemente el cinturón de seguridad ya sea como conductor o pasajero.

En el trabajo el 72% de los enfermeros utilizaba siempre medidas de bioseguridad (25% lo utiliza frecuentemente) y siete de cada diez enfermeros seguía el protocolo respectivo en caso de accidente laboral.

Al evaluar la alimentación se halló que menos de la mitad (44%) tomaba frecuentemente suficiente agua y el 28% lo hacía siempre. El 51% respondió que consume frecuentemente alimentos salados. La mayor parte de los enfermeros (38%) no consumía gaseosas y una

menor parte (36%) lo hacía algunas veces. Únicamente el 45% consumía dulces algunas veces y siempre incluían en su dieta vegetales, frutas, panes, cereales, lácteos, granos enteros. El consumo de carne y de productos ahumados no fue lo más frecuente entre los enfermeros (44% “a veces” y 55% “nunca” respectivamente). Predominó con el 50% el consumo “algunas veces” de comidas rápidas. Los enfermeros se destacaron por tomar meriendas a lo largo del día (48% a veces), por no tener un horario regular de comidas (20%) y por desayunar siempre (31%).

Se destacable que el 78% de los enfermeros no tenía hábitos de tabaquismo, mientras que el 13% eran fumadores y de estos el 84% nunca fumaba más de media cajetilla a la semana. De los encuestados no fumadores, el 17% siempre prohibía que fumen en su presencia y el 22% de las personas nunca lo hacía. Con respecto al alcohol, el 23% bebía algunas veces y el 73% refería siempre poder reconocer en qué momento debía parar de beber, pero el 16% nunca sabía cuándo detenerse. Predominó en el 64% de los encuestados el consumo de mate diariamente, el 46% y 49% consumía bebidas cafeinadas (gaseosas cola y café respectivamente). A pesar de que sobresale dentro de los encuestados que el 94% nunca consumía alcohol o alguna droga psicoactiva cuando se enfrentaba a problemas, el 6% manifestó usarlas algunas veces. Es valioso que el 100% de los profesionales nunca consumían sustancias psicoactivas.

Los enfermeros en general tenían dificultades con el sueño ya que solo 26% dormía al menos 7 horas diarias, en cambio el 40% sólo algunas veces lograba dormir esas horas. Aunque el 45% nunca tenía problemas para quedarse dormido, el 36% describió tener “a veces” esa dificultad. El 94% nunca utilizaba inductores del sueño, sedantes o hipnóticos, 5% algunas veces utilizaba y el 54% se despertaba varias veces a la noche. El 52% de los profesionales refirió dormir bien y levantarse descansado “algunas veces” y un 65% “algunas veces” se levantaba en la mañana con la sensación de una noche mal dormida. La mayoría de los profesionales no realizaban siesta (53% “algunas veces” y 21% “nunca”). La mayoría (67%) “algunas veces” tenía sueño durante el día.

Estilo de vida y presencia de hijos

Los profesionales que no tienen hijos siempre obtuvieron valores más altos de actividad física que los que son padres, siendo esta asociación significativa estadísticamente ($p=0.038$).

En las personas que tienen hijos se observa que la mayor parte (49 y 25%) destinan “algunas veces” o “nunca” tiempo para actividades académicas o laborales, mientras que los que no tienen hijos suman un 87% de dedicación “siempre”, “frecuentemente” y “algunas veces” para actividades académicas y laborales ($p=0.031$).

Una mayor proporción de mujeres con hijos asistían y hacían control PAP anual, mientras que las sin hijos realizaban esta práctica en menor medida ($p=0.000$).

Estilo de vida y sexo

En general las mujeres obtuvieron mejores resultados de estilo de vida que los hombres ya que tenían mejores prácticas de asistencia y control médico ($p = 0.039$), mayores cuidados en la exposición solar ($p = 0.004$) y mejor alimentación que incluía vegetales, frutas, panes y cereales ($p = 0.026$). La mayoría de los enfermeros independientemente del sexo prohibían que fumen en su presencia, sin embargo el 34% de los hombres nunca lo hacía ($p = 0.033$).

Estilo de vida y estado civil

Al evaluar el estado civil y el estilo de vida se halló asociación significativa con el hábito de fumar y el consumo de alcohol. Siendo el grupo de los solteros los que más fumaban $p = 0.012$ (20% siempre vs. 93% de los casados nunca fuma). En cuanto al consumo de alcohol los solteros y separados fueron los que más bebían $p = 0.005$ (22% de separados siempre consume y 25% de solteros consume a veces).

Estilo de vida y tipo de institución

Se encontró asociación significativa entre la institución y aspectos del estilo de vida, a saber hábito de fumar, consumo de alcohol y consumo de mate. En la institución pública el 24% de los enfermeros fumaban siempre, mientras que en el sector privado solo el 2% fumaba a veces ($p = 0.001$). Si bien la mayoría de los enfermeros de ambas instituciones no consumía alcohol, o sustancias psicoactivas, el 40% y 11% de enfermeros del sector público consumía algunas veces alcohol y sustancias psicoactivas ($p = 0.000$ y $p = 0.029$).

Se observa que el 81% de los que trabajan en un establecimiento público consume mate, mientras que menos de la mitad en el hospital privado lo hace en la misma frecuencia ($p = 0.000$).

Estilo de vida y turnicidad

Respecto de la turnicidad, se observó que en todos los turnos de trabajo la realización de ejercicio fue baja, pero especialmente los que tenían horario rotativo eran los que menos lo realizaban con 82% asociándose significativamente el turno de trabajo y la realización de ejercicio ($p = 0.047$). Además el turno de trabajo se asoció de manera significativa ($p = 0.037$) con el tiempo que comparte el profesional con la familia y amigos, siendo el turno mañana el que registró más tiempo compartido (72% “siempre”).

Al evaluar el consumo de vegetales y el turno se observó que en el turno mañana y noche es donde más se incluía “siempre” los vegetales, mientras que el turno tarde los incluyó frecuentemente y el rotativo fue el que menos los incluyó (20% algunas veces; $p = 0.007$).

Respecto del consumo de grasas y turno de trabajo, los enfermeros que trabajaban de mañana tenían más cuidado en el consumo de grasas, y quienes hacían turno rotativo fueron los que menos limitaron su consumo ($p = 0.002$).

También se estudió que la mayor parte de los enfermeros (100% del turno mañana, el 94% de turno tarde, el

90% del turno noche y 61% del turno rotativo) nunca fuman. En cambio el mayor porcentaje de fumadores se lo observó en el turno rotativo con un 24% para “siempre” fuma. Siendo significativo estadísticamente ($p = 0.039$).

Cuando se evaluó turno de trabajo y descanso se encontró que los que mejor dormían (7 horas diarias siempre) fueron los de turno noche seguidos por los de turno tarde (60 y 29% respectivamente) y quienes menos dormían eran los de turno mañana (22% nunca) siendo significativa esta asociación ($p = 0.026$). Además los enfermeros del turno tarde y noche fueron los que menos hacían siesta (47% y 60% respondieron “nunca”), mientras que el turno mañana y rotativo fueron los que más tenían esta práctica (50% y 65% respectivamente; $p = 0.001$).

Estilo de vida e IMC

Respecto del Índice de masa corporal se encontró que en su mayoría los enfermeros tienen IMC calificado como normopeso (40,2%) y sobrepeso (36,7%).

Los enfermeros con normopeso siempre y frecuentemente compartían tiempo libre con su familia y amigos (37% y 43%; $p = 0.048$), tenían menor consumo de gaseosas y helado en comparación con los que tenían sobrepeso ($p = 0.002$ y $p = 0.006$).

Percepción de salud y depresión según IMC

El 57% de los enfermeros que tenían normopeso tenían una percepción de la salud buena, y los que tenían so-

brepeso el 65% consideraba lo mismo ($p = 0.052$). Además la mayoría de los enfermeros percibe que no tiene depresión, independientemente de su IMC, pero los enfermeros que tenían sobrepeso fueron los que percibieron mayor grado de depresión (43%; $p = 0.410$).

DISCUSIÓN

En el presente trabajo se encontró que en cuanto a la percepción subjetiva del estado de salud en los enfermeros en general fue positiva, ya que la mayoría de sus respuestas fueron muy buena y buena (79,8%). Esta población es similar al estudio realizado en Colombia donde la percepción de salud de los enfermeros fue el 57,5%.²

Al evaluar la percepción de depresión, en nuestro estudio un 28,7% refirió haberse sentido deprimido, por lo que se debería complementar con información de satisfacción en la escala de Maslow para evaluar datos de insatisfacción. En el estudio hecho en Colombia el 36,6% refirió sentirse deprimido.²

Con respecto a las prácticas sobre estilos de vida de los enfermeros, en general presentan deficiencias sobre todo en el aspecto de actividad física esto se vio relacionado sobre todo a los enfermeros que tienen hijos quienes nunca realizan ejercicio (66,7%) y los que no tienen hijos tampoco entrenan (41,9%). También se observó que en todos los turnos es alto el porcentaje de los enfermeros que no realizan actividad física,

pero siendo más prominente en el turno rotativo. Puede ser que al no tener horarios definidos de trabajo no puedan organizarse con rutinas de ejercicio físico. Los principales beneficios del ejercicio físico en forma frecuente son la disminución en los riesgos de enfermedad cardiovascular, obesidad, diabetes mellitus e intolerancia a hidratos de carbono, de osteoporosis, de trastornos psicológicos (ansiedad, depresión) y de determinados tipos de cáncer (colon, mama y pulmón¹³). En el estudio que mencionábamos antes se halló coincidencia en que los enfermeros tenían hábitos poco y nada saludables (94,18%).² Otro estudio muestra que el 72,9% de los trabajadores sanitarios realizaban algún tipo de actividad física y un 27% eran sedentarios. Ellos no encontraron diferencias significativas en la realización de actividad física y el turno de trabajo³. Una investigación distinta presentó que el 46% realizaba ejercicio y en su mayoría eran hombres.⁵ En las enfermeras de Cuba se observó baja motivación por los ejercicios físicos.⁶

En cuanto al tiempo de ocio, los resultados indicaron que menos de la mitad comparte tiempo con su familia y amigos siempre. En cambio algunas veces dedican tiempo para actividades de recreación. En el estudio de Colombia la tercera parte de los médicos y enfermeros presentaban un manejo poco saludable del ocio, siendo mayor en las enfermeras.²

En el manejo del autocuidado aproximadamente una cuarta parte de nuestro estudio realiza chequeos mé-

dicos en forma preventiva. Sólo 36% realiza anualmente PAP, aunque según los últimos estudios recomiendan realizarlo cada dos o tres años.¹⁴ También las mujeres están más atentas a los cambios que suceden en su cuerpo. De los hombres encuestados la mayoría no se realiza exámenes de próstata anualmente. Tal vez estos datos puedan deberse por la falta de tiempo de los enfermeros para sacar turnos médicos e ir a la consulta. En el estudio anterior se encontró que una sexta parte de médicos y enfermeros tenían hábitos pocos saludables en cuanto al cuidado de su salud.²

En cuanto a las prácticas de bioseguridad el 72% sigue el protocolo respectivo en accidentes y utiliza las medidas de bioseguridad en el trabajo. Esto puede deberse a que muchos tuvieron que acceder a él luego de haber sufrido alguna lesión. En un estudio exploratorio se descubrió que el 11% de los médicos y de los enfermeros no presentaban una práctica adecuada de estas medidas.²

Referente al manejo de hábitos alimenticios casi la mitad de los enfermeros tienen conductas alimenticias incorrectas, ésta población es similar al artículo en que la sexta parte de los médicos y enfermeros presentaba hábitos pocos saludables.²

En nuestra investigación se verificó que los hábitos alimenticios dependen de la turnicidad, sobre todo en el turno rotativo eran los que menos incluían ciertos alimentos básicos de la pirámide nutricional. Quizá

sea por la falta de tiempo y organización para planificar la dieta correcta para la semana laboral. A diferencia de otro estudio en el cual se encontró un consumo más saludable en el turno rotatorio respecto al turno fijo.³ Otro estudio reporta que el 84% consumía alimentos fritos. Y que la ingesta de calorías en los hombres era de 6215 kcal. y en mujeres 4180 kcal.⁵ En otro artículo los trabajadores sometidos a turnicidad mostraron mayor consumo de ternera, huevos, zumos y pastas, lo que significa que influye en los hábitos alimentarios pero parcialmente.¹⁰

Respecto al consumo de sustancias psicoactivas se destaca que el 78% no tiene hábitos de tabaquismo, y el 70% no consume alcohol. Es probable que estos resultados sean tan positivos ya que en una de las instituciones donde se tomó la muestra la gran mayoría de los enfermeros son Adventistas del séptimo día, quienes consideran que el cuerpo es templo del Espíritu Santo (1 Corintios 6:19) y se abstienen de sustancias nocivas. El 100% de los profesionales refrieron que nunca consumieron sustancias psicoactivas, lo cual es muy positivo, sin embargo no habría que dejar de considerar las respuestas condicionadas. También se pudo concluir en que el 64% consume mate diariamente, esto puede darse por la zona geográfica en la cual nos encontramos, donde es parte de la cultura. Aproximadamente el 47% consume bebidas cola y café algunas veces. Se verificó estadísticamente que el tabaquismo y la institución en la que trabaja son significativas, ya que el 24% de la institución pública es tabaquista mientras que en la privada sólo el 2%.

Un dato para no dejar de lado es que el 11% utiliza algunas veces alcohol o alguna droga psicoactiva cuando se enfrenta a problemas y coincide cuando la institución en la que trabaja es pública.

En un estudio se reportó en forma general una práctica saludable de hábitos respecto al consumo de psicoactivos.²

En un artículo de Cuba se observó un alto consumo de café y hábito de fumar (35%) que se relaciona seguramente por la cultura del pueblo cubano.⁶

Se demostró, en otro artículo, que había aumento de consumo de café en los trabajadores de jornadas irregulares.⁸

En cuanto a los hábitos de sueño se encontró que el 26% duerme al menos siete horas y 40% algunas veces alcanza esas horas de sueño. Más de la mitad de la muestra se despierta varias veces en la noche, se levanta con la sensación de una noche mal dormida, hace siesta, se mantiene con sueño durante el día. El 5% utiliza inductores del sueño, sedantes o hipnóticos para dormir. Se podría argumentar que al tener constantemente cambios del turno de trabajo, no puedan establecer un hábito de sueño en cuanto a horario. Se demostró en un estudio que poco menos del 10% de los médicos y enfermeros presentaba hábitos poco saludable en cuanto a descanso.² En otro artículo el 76,2% presentó trastornos del sueño. El insomnio fue el trastorno de sueño referido frecuentemente (14,7%), seguido por la hipersomnia (3,1%), SAOS (2,6%) y las pa-

rasomnias (2,06%). Los enfermeros de turnos rotativos refirieron mayor afectación en el patrón sueño y los que trabajaban en el turno fijo afectación en la vida de relación con su pareja y sus familiares.⁸

Referente al IMC, se observó que los enfermeros normopeso, siempre y frecuentemente comparten tiempo libre con su familia y amigos (37 y 43%), quienes nunca consumen gaseosas en un 49%, y los que consumen gaseosas frecuentemente y siempre padecen de obesidad. Tanto los que tienen normopeso (57%) y sobre peso (65%) tienen una percepción de salud buena. La mayoría de los enfermeros percibe que no tienen depresión, independientemente de su IMC. Los enfermeros que tienen sobrepeso fueron los que percibieron mayor grado de depresión (43%). En nuestro estudio no se encontró asociación significativa al analizar el IMC con el turno de trabajo al igual que en otro artículo, en el cual no se encontró asociación pero fue más aceptable el IMC en el turno rotatorio; se encontró que el 2,4% tenía un peso insuficiente; normopeso el 74,6%; 19% sobrepeso y un 4% obesidad. El IMC fue de 23,2 Kg/m.^{2,3}

Conclusiones

El estilo de vida de los enfermeros estudiados no resultó el más adecuado a pesar de los conocimientos de salud que ellos poseen. Los turnos de trabajo especialmente el rotativo afectó de manera negativa las prácticas de salud. Desempeñarse en una institución pública estuvo relacionado a algunas prácticas como tabaquismo y mayor consumo de alcohol, y alguna droga psicoactiva cuando se enfrenta a problemas.

Los solteros y separados también tuvieron mayor consumo de alcohol y tabaco.

Las mujeres, tuvieron mejores prácticas preventivas que los hombres y la presencia de hijos afectó negativamente la práctica de actividad física pero fue positivo a la hora de realizar el PAP anualmente.

Teniendo en cuenta los resultados de este estudio se recomienda enfatizar en los enfermeros la importancia de mantener una buena salud física y mental, favoreciendo una alimentación adecuada, correctos hábitos de ejercicio y descanso, autocontrol y controles periódicos que redunden en mejor estado de salud.

Por otra parte las instituciones reconociendo las características propias que conlleva el trabajo de enfermería y debieran favorecer la asignación anticipada de los turnos de trabajo, privilegiando al personal con hijos de manera que puedan planificar una rutina de actividades, ocio y descanso acorde al conocimiento que como profesionales de la salud disponen. Además, como proveedor de salud priorizar y dar énfasis en los controles que deben hacer las personas, especialmente los integrantes del equipo de salud.

Ya que los conocimientos sobre cómo mantener la salud son cada vez más claros, los enfermeros deberíamos tomar el desafío de ser una influencia positiva por precepto y por ejemplo en favor de la salud.

Bibliografía Citada

1. Espinosa L. *Cambios de modo y estilo de vida, su influencia en el proceso salud- enfermedad*. Revista Cubana de Estomatología; Septiembre - Diciembre. 2004; 41 (3).
2. Sanabria P, González L y Urrego D. *Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos*. Estudio exploratorio. Revista Med. 2007; 15 (2): 207-217.
3. Díaz E, López R, González M. *Hábitos de Alimentación y Actividad física según la turnicidad de los trabajadores de un hospital*. Enfermería Clínica, Julio- Agosto. 2010; 20 (4): 229-235.
4. Brown De Gagne AM, Eskes G.A. *Turning body time to shift time*. Can nurse. 1998; 94 (8): 51-2.
5. Villareal S. *Prevalencia de la obesidad, patologías crónicas no transmitibles asociadas y su relación con el estrés, hábitos alimentarios y actividad física en los trabajadores del hospital de la Anexión*. Revista Cienc Adm Financ Segur Soc. 2003; 11 (1).
6. Herrera R, Cassals M. *Algunos factores influyentes en la calidad de vida laboral de enfermería*. Revista Cubana Enfermería. 2005; 21 (1).
7. Nubia M, Mesa L, Galindo S. *Calidad de vida de los profesionales de enfermería y sus consecuencias en el cuidado*. Av Enferm. 2008; (2): 59-70.
8. Valero H, Caballero E. *Efectos de la turnicidad laboral sobre la calidad del sueño y la percepción de salud*. Revista Cubana de Salud y trabajo. 2004; 5 (1): 10-9.
9. Romero J. *Úlcera péptica gastroduodenal y turnicidad laboral*. Revista Cubana de Salud y trabajo. 2006; 7 (1-2): 7-11.
10. *Valoración nutricional de trabajadores sanitarios expuestos a turnicidad en Canarias*. Internet. Acceso el 10 de septiembre de 2012. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=977264>.
11. WHO. *Life styles and Health*. Social Science and Medicine. 1986; 22 (2): 117-124.
12. *Report of the World Health Organization Consultation of Obesity*. Geneva: WHO; 1997. En: National Institute of Health.
13. Varo - Cenarruzabeitia J.J., Martínez - Hernández J.A., Martínez - González M.A. *Beneficios de la actividad física y riesgos del sedentarismo*. Medicina Clínica. 2003; 121.(17): 665-72.
14. *The Patient Education Institute, INC*. X- Plain, 1995-2012.

Los Diálogos interculturales y la promoción del *Buen Vivir* en contextos adversos. Comunidad Wichi.

Celaya, Laura Adriana¹
 Marti Velázquez, Gabriela Fernanda²
 Barg, Mónica Viviana³
 Oyarburo, Norma Liliana⁴

Contacto. lcelaya@mdp.edu.ar

Palabras Clave

Enfermería transcultural
 Cultura Wichí
 Salud colectiva
 Hábitat saludable
 Interculturalidad
 Promoción
 Buen vivir

¹ Lic. en Enfermería-Especialista en Docencia Universitaria, Prof. del área Profesional y del área de Investigación, UNMDP, Argentina.

² Lic. en Enfermería, Jefe de Trabajos Prácticos, área Profesional, UNMDP, Argentina.

³ Dra. en Biología, Jefe de Trabajos Prácticos del área de Investigación, UNMDP, Argentina.

⁴ Lic. en Enfermería, Ayudante de Primera área Profesional, UNMDP, Argentina.

Se deja constancia que en caso de publicarse este artículo cedemos el derecho de autor del mismo a Desafíos ENFERMERÍA & EDUCACIÓN. Se deja constancia que el artículo es un trabajo exclusivo del (los) autor(es).

Resumen

El presente artículo tiene por intención socializar los aspectos más relevantes, en cuanto a la dinámica y los resultados de la experiencia vivida por un grupo de extensionistas de la UNMDP en cuanto al proyecto que se está realizando en una de las comunidades de la etnia Wichí. Encuadrado en la dinámica de la investigación acción y bajo el paradigma crítico, el principal propósito de este trabajo extensionista es la promoción del *buen vivir* a partir de articular diferentes estrategias surgidas de un espacio de diálogo intercultural. Sus principales objetivos son: la promoción de la salud, de un hábitat saludable y la preservación del acervo cultural de esta etnia.

La población de estudio fue una de las comunidades Wichís del norte argentino. Las técnicas que se utilizaron fueron la observación participante y no participante, entrevistas familiares e individuales, grupos focales, relatos de vida, informantes clave, mediciones biofisiológicas. Se utilizaron como instrumentos los cuadernos de campo, listas de cotejo, cédulas de entrevistas para valoración familiar, grabador, filmadora, máquina fotográfica.

El análisis de los datos se realizó en forma descriptiva, e interpretativa con identificación de unidades de significación. Preservándose la identidad por medio de anonimato.

Los principales diagnósticos comunitarios trabajados fueron: Afrontamiento comunitario ineficaz, Baja autoestima, Hábitat insalubre, Proceso de deculturación – Shock cultural.

Título

Los diálogos interculturales y la promoción del *buen vivir* en contextos adversos. Comunidad Wichí (Salta).

Introducción

El presente artículo intenta reflejar los aspectos más relevantes, en cuanto a proceso y resultados parciales, de un trabajo de extensión universitaria cuyos integrantes nos encontramos convencidos de la insoslayable necesidad de sostener una mirada compleja y de interreflexividad para el estudio y abordaje de las problemáticas sociales y en este particular, de las derivadas de la diversidad cultural.

El contexto en el que se desarrolla esta investigación, es el de un proyecto de extensión, cuyo sujeto de estudio e intervención es la comunidad Wichí asentada en una ciudad del este de la pvcia. de Salta. El mismo

tiene como objetivo la promoción del *buen vivir*⁵ a partir de articular las estrategias necesarias y emergentes de la construcción de diálogos interculturales.

Podríamos decir, que los pueblos originarios que habitaban la zona que hoy constituye el territorio argentino, han sido diezmados sistemáticamente. Primero, por la conquista europea, aspecto común a toda América; luego, por la Campaña del Desierto, iniciada por Rosas, cuyo fin era dominar el territorio ocupado por los indígenas; posteriormente, en la década de los 90, hubo privatización de grandes extensiones de tierras siendo una de sus consecuencias la de dejar a las comunidades étnicas sin su entorno sustentable: la caza, la pesca, la materia prima; negándoles así la posibilidad de supervivencia autónoma. De esta manera se los obliga a quedar relegados, como en el caso que nos ocupa, a zonas periurbanas, sin un hábitat saludable, sin oficios para hacer frente a su sustento y en riesgo de shock cultural.

⁵ Término adoptado por la UNESCO desde los talleres de los pueblos de Latino América (2009) y utilizado conjuntamente con el de *desarrollo sostenible* para la siguiente convocatoria a concurso de becas. En este contexto investigativo *buen vivir* es utilizado como un modo de vida que parte de la elección consciente de caminos comprometidos con la filosofía que practicaban los pueblos ancestrales, basada en decisiones emancipadoras; incluyen, según José Gualinga, buena calidad de los alimentos, de las bebidas, de las camas donde se descansa, etc. lo que promueve un mejoramiento de la calidad de vida en general, mediante un desarrollo sostenible. No sólo es un estado mental sino político, de empoderamiento a través del conocimiento y autoreconocimiento.

Esta comunidad Wichí, representa a otras tantas comunidades, de esta y otras etnias, que se encuentran en desigualdad de oportunidades para desarrollarse como seres humanos, debido a que se les suma a las situaciones que cualquier grupo social marginado debe enfrentar, los desencuentros entre su cultura y la cultura dominante.

Propósito

Es propósito de esta investigación acción, lograr un mayor empoderamiento y emancipación de la comunidad motivo de estudio a través de incrementar el conocimiento y autoconocimiento, además de la construcción participativa e implementación de estrategias culturalmente aceptadas que aporten al *buen vivir* de dicha población.

Objetivos de la investigación

En la dimensión diagnóstica

- Identificar a partir del Modelo de Madeline Leininger, adaptado al contexto particular, las diferentes problemáticas derivadas del encuentro/desencuentro entre culturas.
- Analogar los datos obtenidos con los posibles diagnósticos enfermeros y Problemas Interdisciplinarios.

En la dimensión resolutive

- Generar, a partir de la participación comunitaria, aquellas estrategias necesarias para resolver problemáticas puntuales sentidas por la comunidad.

- Revalorizar los bienes materiales y simbólicos que hacen a la identidad cultural de la comunidad Wichí poniendo en valor su capital cultural.
- Implementar las estrategias seleccionadas y factibles de llevar a cabo en relación a los recursos disponibles.

En la dimensión holónica recursiva

- Evaluar los resultados parciales de la implementación de estrategias seleccionadas.
- Hacer dialogar los resultados de las interfaces para retroalimentar el sistema.

Material y Método

Estilo de investigación con preponderancia cualitativa. Diseño Integrado multi-método de tipo complejo ya que se procura hacer dialogar recursivamente los resultados de las diferentes dimensiones. Tradición: Investigación Acción.

Los investigadores adherimos al paradigma de la complejidad y nos encontramos trabajando con la comunidad, hace dos años.

La población en estudio es la comunidad Wichí asentada en la ciudad XXX del norte argentino. Las Unidades de análisis están constituidas por: la comunidad, las familias, los pobladores de dicha comunidad, documentos. Muestra: máxima variación.

Técnicas: observación participante y no participante, entrevistas familiares, grupos focales, relatos de vida, informantes clave, biofisiológicas.

Instrumentos: cuaderno de campo, listas de cotejo, cédula de entrevistas, grabadores, máquinas fotográficas y filmadoras, nomencladores.

Análisis de datos: descripción estadística, análisis de contenidos, codificación.

Ética: Anonimato con resguardo de identidad. Promoción de la salud de los miembros de la comunidad.

1. Dimensión Diagnóstica

1.1 Introducción

El perfil comunitario que se intenta exponer en este trabajo, en una especie de fotografía parcial, es el resultado (obtenido hasta el momento) del estudio de la expresión humana integral que surge de las interacciones entre los factores ambientales con las personas y poblaciones, con los medios que los rodean y, cómo ello, puede influir en la calidad de vida de las mismas.

La visión de este grupo supera la mirada positivista de estudiar una población desde el concepto en que el estado de salud se mide indirectamente a través del conjunto de problemas de salud que afectan al bienestar de la población y que se ha convenido en denominar morbilidad por algunos grupos de experticia. Nos referimos a un concepto superador que implica un

abordaje holónico del ser humano, como ser integral, como unidad social y cultural. Esta forma de entender al otro, sujeto de estudio, rompe con la posibilidad de estudiar en forma enucleada los problemas de salud. No puede prescindir de la totalidad social que lo contiene y opera como co-responsable de su situación.

Del análisis transcultural

Hemos elegido el modelo conceptual de la enfermería transcultural de Madelin Leininger dado que dicho enfoque integral es el que más se aproxima a la visión hologramática que le queremos dar a nuestro trabajo.

Los estudios de esta autora nos proponen.

- Centrarse en estudios comparativos entre las diferentes culturas objeto de estudio, que “comparten”, no sólo un espacio geográfico, sino también los servicios institucionales dispuestos por el Estado.
- Recabar los datos a través del *Modelo del sol naciente* en el que se incluyen en las dimensiones de la estructura social y cultural los siguientes factores: tecnológicos, religiosos y filosóficos, sociales y familiares, estilos de vida, legales políticos, económicos, educativos, valores y creencias, etnohistóricos, lenguaje. En las dimensiones del contexto medioambiental: recursos naturales, acceso, distribución geográfica, clima, contaminación ambiental, situación de la biodiversidad.
- Trascender el mero estado de diagnóstico

comunitario a través de seleccionar estrategias para un cuidado culturalmente aceptable.

Para Leininger, la cultura, es el medio más amplio y holístico de conceptualizar y entender a las personas para poder brindar cuidados eficaces, satisfactorios y culturalmente congruentes.

Para ello considera la totalidad de la vida humana y su existencia a lo largo del tiempo, la estructura social, su visión del mundo, Los valores culturales, los contextos ambientales, las expresiones lingüísticas y los sistemas populares y profesionales.

El objetivo central de la teoría de la enfermería transcultural es determinar las visiones énicas de cada grupo cultural, para proporcionar unos cuidados que se ajusten a sus necesidades y realidades.

Resultados

Factores de la dimensión sociocultural y medioambiental

Característica del lugar de asentamiento

La comunidad Wichí, objeto del presente trabajo, se encuentra emplazada en la zona urbana de la ciudad de XX, correspondiente al Departamento de Oran de la provincia de Salta.

Su principal producción es la banana, cítricos, porotos, soja, algodón, pimienta. Además del aprovecha-

miento forestal de maderas nobles como: cedro, tipa, algarrobo, lapacho, guayacán, quebracho.

Breve reseña histórica

Para poder comprender el contexto histórico de la constitución de xxx como ciudad, estudiosos de la Universidad Nacional de Salta, dividieron la historia provisoriamente, en tres períodos:

- De la ocupación del territorio: 1799 – 1857
- De la consolidación: 1857 – 1911
- Del desarrollo Urbano: 1911 a la actualidad

El primer momento se caracteriza por un período de lucha entre los conquistadores españoles y la resistencia de los pobladores autóctonos. Dos fueron los modelos de ocupación: el de los misioneros, por un lado, y el de los conquistadores encomenderos, por el otro, pudiendo ir en contra de los propios misioneros. El segundo período se caracteriza por la venta paulatina de los territorios, estancias que Pizarro les otorgara, como regalos reales, a los ganaderos que fueron poblando la zona. Así en sucesivas compra ventas de estancias, solares y chacras, se fue subdividiendo el espacio territorial, hasta el loteo del mismo.

El tercer período está íntimamente relacionado a la llegada del ferrocarril y la expansión económica que lo acompaña. Como consecuencia: un movimiento migratorio y un aumento de loteo territorial. Para el año 1922 se crea, por parte del gobierno provincial, la primera Comisión Municipal de XX.

Así, los indígenas fueron perdiendo las tierras que por natural derecho poseían desde tiempos inmemoriales.

La comunidad Wichí objeto de estudio

Esta comunidad fue conformándose paulatinamente a medida que llegaban las familias al lugar, esto sucedería aproximadamente a partir del año 1979. Las familias provenían de: el Algarrobal, Rivadavia, el Quebrachal, Senda Hachada, lo que denominan como el Chaco. Aunque originalmente de costumbres nómades, en la actualidad son pocas las familias que modifican su emplazamiento geográfico como continuidad del hábito. Se observan algunas familias que viven en toldos, provenientes del Algarrobal con la ilusión de encontrar un mejor pasar.

Esta comunidad constituye el 3,5% del total de la población originaria de esta ciudad que haciende en su totalidad a unos 10.000 pobladores, en su mayoría Guaraníes.

Valores y Creencias

Creer en la enfermedad como personaje- estado. Como castigo al uso inadecuado de los recursos naturales, los cuales son custodiados por distintos personajes dios/demonio. Existen dos personajes a los que se puede recurrir para mejorar la salud, en casos de dolencias, uno es el curandero, el otro el jayawú. El curandero se basa en la administración de yuyos (herboristería). Los *jayawú* (chamanes), a los que se los consulta en los casos más difíciles en los que se cree que están involucrados espíritus, ya sean de vivos o de

muestrados; deben contactarse con ellos según la enfermedad para negociar la sanación a cambio del pago de “propina”, esta dependerá del espíritu que ocasione la enfermedad, algunos prefieren paños rojos, otros pieles o cuero de algún animal.

Ahora asisten al hospital en casos graves y son visitados por los agentes sanitarios de APS para los controles primarios de Salud. Tanto los curanderos como el jayawú, no se dan a conocer. Dicen que en la comunidad no hay jayawú que tienen que trasladarse al Algarrobal para asistir a uno. Algún curandero solapadamente deja indicios de su actividad, mientras que otros la ocultan y niegan serlo.

Cuando se les pregunta a los pobladores sobre el mantenimiento de la salud rápidamente hacen referencia al hospital y los agentes sanitarios, como si se hubieran aprendido el discurso que suponen esperamos de ellos. Ninguno, en primera instancia, hizo referencia a los personajes mencionados.

Factores Familiares y Sociales

En la actualidad nos encontramos con aproximadamente 65 familias, en las que predominan la estructura nuclear y ampliada y de las cuales 5 de ellas no se encontraban habitando su morada, de manera temporal.

De las familias entrevistadas, 52 eran biparentales; 8 monoparentales, en la mayoría de las cuales se encuentra una mujer a cargo (madre o abuela), el resto

con un tercer integrante, ya sea tío o abuelo. Los hijos ó menores a cargo (sobrinos o nietos) por familia oscilan entre 1 a 10 (rango número de hijos). El promedio de hijos por familia es de 4, mientras que la mediana es de 4 y el modo de 2 y 4.

Del total de la población entrevistada 187 correspondían al género femenino y 167 al masculino.

Los grupos etáricos de los convivientes hijos, sobrinos o nietos, se constituyen en: lactantes 22, pininos 34, pre escolares 21, edad escolar 73, púberes y adolescentes 52, mayores 32 y hay cuatro integrantes sin notificación de edad.

De las mujeres que habitan la comunidad y que ya son madres, el 65% han sido madres antes de los 20 años. Dentro de este grupo el 43,6% son menores de 18 años y casi el 20% del total de menores tienen entre 13 y 15 años.

El tipo de familia según su estructura es ampliada, conviven al menos tres generaciones. Tipo de autoridad: patriarcal. La mujer se ocupa de los hijos, su educación y alimentación. Poseen planes sociales: asignación universal por hijo. Algunas de las viviendas otorgadas (1 pieza) la usan de depósito y muchos duermen en el toldo acoplado al mono ambiente.

Para aquellas familias (4) que se les realizó un informe social que fundamentara la necesidad de vivienda,

la municipalidad con fondos provinciales les fabricó unas viviendas de dos ambientes de 3x3, sin baño ni instalaciones.

Poseen un salón comunitario como espacio multifunción. El mismo no posee instalación eléctrica ni cloacas.

En cuanto a la organización social, poseen un estrecho vínculo parental, más una débil organización comunitaria.

Manifiestan abiertamente que el *blanco* es superior al Wichì.

Tienen muchos conflictos comunitarios sin resolver, como la imposibilidad por las divisiones en subgrupos, en las que ninguna manifiesta un liderazgo fuerte, quedando problemas sin resolver, como el tema de las viviendas, el medioambiente, la accesibilidad a la chagua como materia prima para la elaboración de artesanías.

Factores Político Legales

La tribu posee dos líderes en oposición: uno es la “cacique”, título heredado de su padre. Otro es el “presidente”, con funciones similares a los fomentistas. Existe una Resolución Ministerial de la provincia de Salta sobre la aprobación del estatuto social y personería jurídica de esta comunidad aborígen. Otros habitantes no responden a ninguno de los dos.

En la municipalidad existe un concejal abocado a las problemáticas emergentes de los pueblos originarios de XX. El mismo pertenece a la comunidad guaraní.

Pese a que el municipio ha cedido 3 hectáreas para la comunidad, actualmente, hay familias ocupando terrenos privados, las viviendas hechas por la municipalidad sólo poseen permiso por tres años para estar en terrenos privados.

Factores Económicos

Pese a tener el conocimiento ancestral de la elaboración de artesanías, son pocas las familias que las producen. Es una actividad predominante del género femenino. Los aspectos desfavorables: la zona donde cosechar chagua les quedó alejada por el desmonte y la privatización de sus tierras. Los hombres trabajan en las fincas: desmonte, caña, actividad frutihortícola. No utilizan las ofertas laborales de la Municipalidad, siendo una de sus causas la temporalidad de la tarea -en contraposición de perder el trabajo en las fincas- y la seguridad del pago. Casi no manejan moneda, ya que los pagos por su trabajo se lo hacen por un puñado de mercadería.

Factores Filosóficos y Religiosos

Lo que se destaca del análisis fenomenológico es la concepción ontológica de la vida y la naturaleza. Todos sus desplazamientos simbólicos se fundan en la concepción del mundo natural, incluyendo el concepto de “humanidad” en el que incorporan en su colectivo a animales y

plantas. Siendo el alma lo que hace humano a los seres y no otros aspectos como el cuerpo y el lenguaje.

Crean en las Teofanías: animales, antropomorfos, estructura jerárquica, hay un dios creador y otro para “dañar y matar” (como castigo), este a su vez crea a sus “discípulos” que dependerán de su mandato. Con ese dios/demonio o sus discípulos tendrán que contactar los jayawú para hacer sanaciones a través de ofrendas.

Refieren no poseer fechas especiales para festejar. No se reúnen por esta causa. Presentan duelo por sus muertos.

Factores Educativos

Existe un alto porcentaje de miembros de las familias, analfabetos. No asisten a la Escuela general por discriminación y falta de adaptación. Asisten a la Escuela Aborígen bilingüe: “Juan ...”. 5 hs. Diarias, donde desayunan y almuerzan o almuerzan y meriendan. Por lo general elegirían no ir. Muchas madres refieren que si los niños no tienen calzado no los dejan ingresar a la misma, motivo por el cual estos niños, muchas veces no concurren.

Tienen mucha capacidad manual para las artesanías y para el aprendizaje de elaboración de las mismas.

Hasta el momento no se registran habitantes con formación superior dentro del grupo, sólo uno refiere haber ingresado a Orám, brazo de Universidad de Salta.

Son escasas las personas que han concluido el nivel medio (3). Algunas se encuentran cursando el polimodal (4). Algunas han llegado a completar el 9no grado (8). Sólo el 47,7% de los niños en edad escolar se encuentran cursando.

Se observa un alto nivel de abandono escolar. El 65,3% No alcanzó el 6to grado de educación primaria. De los cuales el 28,57% no llegaron al tercer grado. El 60,32% no llega al 4to año. De los menores, 7 niños concurren a Jardín.

Estos niveles de baja escolaridad y grados alcanzados en el sistema formal no necesariamente responden a su nivel intelectual, sino que se relaciona más con una causa cultural, no es de su interés o esta expectativa no se encuentra dentro de sus prioridades, además de no poseer el sentido de pertenencia a ese grupo e institución escolar. La escuela que originalmente se crea como escuela bilingüe para la población Wichí, hoy es una escuela mixta con población criolla.

Sistemas de Salud

Concurren al Hospital de XX que es provincial. Sin embargo no existe una “conciliación cultural”, impediendo un tratamiento prejuicioso o con una perspectiva basada en el modelo hegemónico, sobre los integrantes de la comunidad Wichí: “son muy mentirosos” –la excusa para no entregarles medicación-. “son ‘abandónicos’, se les da una casa y no la usan”. En la guardia atienden primero al resto de los pobladores,

no importa el orden de llegada. A las viviendas asisten los agentes sanitarios del sistema de APS.

Algunas conclusiones de la Dimensión diagnóstica

En el caso de esta comunidad Wichí, el perfil, aunque siempre en construcción, se elabora a partir de una serie de problemáticas que expresan, además de la condición de pobreza y los bajos niveles de desarrollo, un contexto político-cultural desfavorable. Por lo tanto los problemas de salud que lo aquejan son propios de un lugar poco desarrollado, menos equitativo, además de estar atravesados con un particular recorrido histórico, con las vivencias y significaciones que emanan de éste. Las condiciones de vida de la población y el desarrollo de los servicios de salud, y las oportunidades que la sociedad civil y política, se han permitido para la construcción del respeto por la diversidad, especialmente la cultural.

Las características definitorias observadas para arribar a los diagnósticos enfermeros comunitarios fueron: Incumplimiento de las expectativas de la comunidad -conflictos comunitarios no resueltos -manifestaciones de vulnerabilidad -la presencia de impotencia, agobio, apatía, desesperanza y desmotivación. Sentimiento de inferioridad ante el criollo.

Conflictos comunitarios pendientes

- Vivienda digna
- Hábitat saludable

- Disposición y recolección de residuos
- Acceso a la materia prima para las artesanías
- Prevención y detección precoz de enfermedades
- Promoción de la Salud. Nutrición equilibrada
- Acceso a los sistemas formales por barreras culturales.

Diagnósticos Enfermeros

Afrontamiento comunitario ineficaz
Baja autoestima

Problemas interdisciplinarios

Hábitat insalubre
Proceso de deculturación – Shock cultural

2. Dimensión Resolutiva

La estrategia central seleccionada fue la de fortalecer espacios que generen diálogos interculturales para: una resignificación y revaloración cultural, promover un hábitat saludable, aproximar hábitos saludables culturalmente aceptables, promover la economía doméstica y el acervo cultural a través de las artesanías, revalorizar su cultura y fortalecer la autoestima. Se suma la transversalización de estrategias que propendan a la integración y participación social, a partir de elaborar relatos compatibles con sus valores y creencias, cabildeo cultural para la elección de los posibles cambios de hábitos, intercambiar narraciones (pajlalis) como estrategia pedagógica para significar los contenidos seleccionados, desarrollar actividades para fijar los conocimientos y habilidades planeados.

3. Dimensión Holónica Recursiva

El desafío para la Enfermería Comunitaria es comprender la compleja trama social y cultural de las comunidades, donde se construyen territorios como espacios de significación social. Comprender que hay tantos territorios como grupos culturales y subculturales exista. La salud es una construcción social y ella depende de la multiplicidad de factores que hacen al bienestar de un pueblo.

El desafío de las instituciones que brindan servicios a sus pobladores, es el de ser cada día mas accesibles en un contexto de diversidad cultural a través de una mirada más relativista ó flexible respecto al otro diferente.

El choque que se produce entre dos culturas, en este caso, deviene de construcciones ontológicas diferentes. Estas generan una cosmovisión diferente en cada caso, sobre la cual han organizado sus significados.

Una, la cultura dominante, parada desde la modernidad antropocéntrica, y la otra, la cultura Wichí (desarraigada de su origen), en la que predomina una visión cosmocéntrica.

El cuidado humano, como objeto de estudio enfermero, deberá ser indagado sin eludir su complejidad. Ningún abordaje lineal, ni teórico ni metodológico, puede dar respuesta a su naturaleza pandimensional.

Referencias:

2. Marriner Tomey, Ann. Modelos y Teorías en enfermería. Tercera edición. Mosby/Doyma Libros. España. 1994. Pág. 424 a 445.

3. **Orígenes y evolución histórica de...** Trabajo realizado por estudiantes avanzados de la Carrera de Historia de la Facultad de Humanidades de la UNAS a cargo del prof. Eduardo Azhur. (en edición)

Bibliografía

Cacopardo F, García Palacios, R., Mañá, C., Ondartz A. y Puglia, L. (2007). *Materiales y Tecnologías sociales alternativas para hábitat y vivienda sobre trabajo de base territorial y cogestión interinstitucional*. UNC, CONICET, CEVE.

Calífano, Mario; Dasso, MaríaC. (1999). *El chamán Wichí*. Ciudad Argentina. Argentina.

Depalma, Donato. (2000) *La pediatría en las culturas aborígenes argentinas*. FUNDASAP. IDEOGRAFICA. Buenos Aires, Argentina.

García Martínez, Alfonso; Sáez Carreras, Juan; Escarbajal de Haro, Andrés. (2000). *Educación para la Salud. La apuesta por la calidad de vida*. Arán Ediciones S.A. Madrid, España.

Gutierrez, Alicia. (2008). *Pobre como siempre... Estrategias de reproducción social en la pobreza*. Editorial: Ferreyra. Bs. As., Argentina.

Hirmas, Carolina (2008). *Educación y diversidad cultural: lecciones desde la práctica innovadora de América Latina*. UNESCO.

Hirmas, Carolina (2005). *Culturas originarias integración y desarrollo de nuestra diversidad*. UNESCO.

Justamente Belda, Mercedes; Diéz Sales, María Teresa. (1999). *Educación para la Salud. Guía didáctica*. Textos docentes Publicaciones de la Universidad de Alicante. Alicante, España.

Mato Daniel. (2009). *Instituciones interculturales de Educación Superior en América Latina. Proceso de construcción, logro, innovadores y desafíos*. UNESCO, Venezuela.

Mato Daniel. (2009). *Educación Superior colaboración intercultural y desarrollo sostenible/Buen Vivir. Experiencias en América Latina*. UNESCO, Venezuela.

OPS. (1990). *Evaluación para el planeamiento de programas de educación para la salud*. Serie Paltex. Washington, D.C., E.U.A.

Pelli, Victor. (2008). *Habitar, participar, pertenecer*. Nobuko. Bs. As. Argentina.

Polit, Denise; Hungler, Bernadette. (2000). *Investigación Científica en Ciencias de la Salud*. Mc Graw Hill. Sexta edición. México D.F.

Romero, G. (2002). *La producción social del hábitat: reflexiones sobre su historia, concepciones y propuestas*. En: Enrique Ortiz, Lorena Zárate (compiladores) Vivitos y Coleando. – 40 años por el hábitat popular en América Latina. HIC-AL/UAM, México.

Rotondaro, Rodolfo. (2008). *Cuaderno Urbano 7. Espacio, Cultura y Sociedad*. Editorial: Nobuko. Pag 115-141. Bs.As. Argentina.

Revista Aborigen Argentino. (2004) Editores Fernandez Jorge-Altamirano Hugo. Ejemplar N° 1, N°2 y N°3 (2005). Mar del Plata Argentina.

Calidad de sueño en enfermería: el trabajo nocturno en una sociedad moderna

Nora Carabajal
Cintia Toscano
Ariel Decunto¹

Universidad Nacional de Quilmes

Palabras Clave

Enfermería
Calidad del sueño
Trabajo nocturno

Resúmen

Objetivo

Medir la calidad de sueño del personal de enfermería que trabaja en turno noche.

Materiales y métodos

Estudio descriptivo, prospectivo, observacional y transversal medido mediante un cuestionario anónimo auto administrado

Población

Personal de enfermería que realiza tareas asistenciales en el Hospital Zonal General de Agudos “Mi Pueblo” del Partido de Florencio Varela e “Isidoro Iriarte” del Partido de Quilmes, Buenos Aires, Argentina.

Variables a medir

Edad, Sexo, Nivel de formación, antigüedad en el servicio, en el turno noche y en la profesión y características de su descanso según el cuestionario.

Introducción

El ser humano es un ser básicamente diurno, su organismo está fundamentalmente “programado” para trabajar de día y descansar de noche.

El sueño es un estado de reposo uniforme común en todos los seres vivos donde la percepción y la reacción al ambiente están disminuidas.

¹ Estudiantes de Licenciatura de la Universidad Nacional de Quilmes Este trabajo fue presentado para optar el grado de Licenciado en Enfermería

Antiguamente los sucesos de recurrencia regular, como el día y la noche, pueden haber sido incorporados por los humanos primitivos como una marca de tiempo relevante para su supervivencia, con el fin de prever cualquier cambio ambiental que pudiera ocurrir de manera inevitable.

Luego de cientos de años de evolución, este mecanismo fue perfeccionando su control, siendo más preciso en los mamíferos debido al lugar en el eje hipotálamo-hipofisario. Este mecanismo tiene una íntima relación con el sistema neuroendocrino y profundas influencias en otras partes del organismo.

Durante el descanso ocurren importantes variaciones en los índices fisiológicos como por ejemplo: el ritmo cardiaco, la temperatura corporal, el consumo de oxígeno, la eliminación de los electrolitos y agua por la orina, la secreción de adrenalina, entre otros.

En contraposición con el estado de vigilia, el sueño se caracteriza por bajos niveles de actividad fisiológica e inactividad física y por una respuesta menor ante estímulos externos.

Desde entonces, el ciclo de sueño-vigilia se repite como una constante en la vida de los seres humanos, conformando un “reloj biológico” interno que dicta cuándo despertar y cuándo dormir. Este ciclo denominado ritmo circadiano abarca 24 horas, divididas en 8 hs para el sueño y 16 para la vigilia.

Este ciclo está influido por factores externos como la alternancia de la luz y la oscuridad y los hábitos sociales. Factores que actúan como sincronizadores del ciclo circadiano, por tanto, si se modifican se alterará el ciclo circadiano, y consecuentemente, se producirán trastornos fisiológicos que afectaran la salud del individuo.

En la actualidad, la re-organización de los procesos de trabajo ha obligado a promover y mantener la producción en un constante funcionamiento, incrementando así la oferta y demanda de productos y servicios.

Estas exigencias del mercado generan en las personas que trabajan en horarios nocturnos una acentuación de estos factores, alterando la coordinación de las variables biológicas, provocando un desacople entre el patrón de sueño y el horario socialmente aceptado para dormir. Cuando esto produce malestar y disfuncionalidad significativos se denomina “Trastorno del ritmo circadiano del sueño”.

Las transformaciones en los modos de producción de las sociedades afecta a muchos sectores: manufactura, transporte, productos varios, seguridad, comunicaciones, servicios, entre ellos el sector salud.

Los hospitales y demás centros sanitarios deben brindar una adecuada prestación de servicios durante las 24hs del día, imprescindible para cualquier sociedad moderna.

Los cuidados de enfermería se enmarcan dentro de este conjunto de necesidades de la población, con lo cual el trabajo nocturno conforma uno de los elementos característicos de la profesión.

Es así como los enfermeros que se desempeñan en el turno noche están mayormente expuestos a sufrir alteraciones fisiológicas en forma constante a causa de las modificaciones en los ritmos circadianos.

Además se observado que la mayor parte de los accidentes laborales de profesionales enfermeros suelen ocurrir entre las tres y las cinco de la mañana, asociadas a menor rendimiento del individuo.

Todo esto sin contar la afeción en la vida social y doméstica del personal, además de alteraciones de sueño.

Desde este marco, interesa pensar el cuidado de enfermería en la medida que su requerimiento es necesario durante las 24 horas del día. Es así como se constituye en una profesión que considera el trabajo nocturno para asegurar la continuidad del cuidado de las personas en distintas situaciones de salud.

Materiales y Metodos

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, observacional y de corte transversal entre los meses de Noviembre a Diciembre del 2012. La población en estudio ha sido todo el personal del turno noche de enfermería que realiza tareas asistenciales en el Hospital

Zonal General de Agudos Mi Pueblo de Florencio Varela e Isidoro Iriarte de Quilmes, Provincia de Buenos Aires. El cuestionario fue entregado a 61 personas entre las dos instituciones.

Los datos se obtuvieron a través de un cuestionario auto administrado construido a partir del Índice de calidad de sueño Pittsburg (modificado).

El cuestionario de Calidad de Sueño de Pittsburg mide y proporciona una puntuación global de la calidad de sueño con puntuaciones parciales de siete diferentes componentes: (calidad de sueño, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia del sueño, alteraciones del sueño, uso de medicación para dormir, disfunción nocturna) a cada uno de las cuales le corresponde una serie de indicadores (total 9). De la suma de los 7 componentes se obtiene la puntuación total del PSQI que oscila de 0 a 21 puntos (a mayor puntuación peor calidad de sueño). Buysse propone un punto de corte de 5 (<5 malos dormidores). Se tomó el criterio de Buysse y se le agregó un corte intermedio para poder cuantificar mejor los resultados. Así la puntuación global de calidad de sueño del índice de Pittsburg se obtendrá siendo 0 a 5 buenos dormidores, de 6 a 10 regulares dormidores y mayor a 10 malos dormidores.

Los criterios de inclusión utilizados fueron: personal de enfermería que desempeñe tareas asistenciales en todos los servicios del turno noche y que cumpla con más de seis meses de antigüedad.

Quedaron excluidos aquellos que no desearon participar de la encuesta o no se encontraban en el lugar en el momento de realización de la misma.

Los criterios de eliminación utilizados fueron: Personal de enfermería que no cumpla con el 80% de la encuesta.

Personal de enfermería que, en el momento de la encuesta, se encuentre haciendo horas extras y que pertenezca a otro turno.

Resultados

Los resultados encontrados ponen de manifiesto que los trabajadores del turno noche en general presentan una regular y mala calidad de sueño en ambas instituciones. (ver cuadro 1).

Cuadro N°1 Calidad de sueño de ambas Instituciones

Institución	B.D*	R.D*	M.D*	Total de encuestados
H.Z.G.A Isidoro Iriarte de Quilmes	10% (n2)	50% (n10)	40% (n8)	20
H.Z.G.A Mi pueblo de Florencio Varela	5,5% (n2)	52,7% (n19)	41,6% (n15)	36

*Buenos Dormidores, *Regulares Dormidores, *Malos Dormidores. Elaboración propia .Alumnos de 5° año de la Licenciatura en Enfermería .UNQ Enero-febrero 2013.

La población encuestada del Hospital Zonal General de Agudos Mi Pueblo de Florencio Varela evidenció que el 52,7% de los encuestados es regular dormidor y que el 41.6% son malos dormidores, quedando una franja mínima del 5.5% para los buenos dormidores.

Por su parte la población del Hospital Zonal de Agudos Isidoro Iriarte de Quilmes evidenció que el 40% de los encuestados se clasifica como malos Dormidores, el 50% regulares y sólo el 10% se clasifica como buenos dormidores.

Teniendo en cuenta que para cada componente el mejor puntaje es 0 (buenos dormidores), 1 y 2 (regulares dormidores) y el peor es 3 (malos dormidores), la puntuación promedio de los componentes de ambos hospitales fue:

Cuadro N°2 Promedio general de los componentes del PSQI

Componente	Puntaje Promedio
Calidad subjetiva de sueño	1,8
Latencia de sueño	1,6
Duración del dormir	2,2
Eficiencia el sueño	0,3
Alteraciones del sueño	1,5
Consumo de medicación	0,3
Disfunción diurna	1,7
Total	9,4

Elaboración propia .Alumnos de 5° año de la licenciatura en Enfermería. UNQ Enero-febrero 2013.

El promedio total de los 7 componentes fue de 9,4, valor que los ubica como regulares dormidores pero muy de cerca de la categoría de malos dormidores.

Grafico 1
Total de encuestados y la calidad de sueño de las dos instituciones (Hospital Iriarte de Quilmes y Hospital Mi Pueblo de Florencio Varela)

Elaboración propia. Alumnos de 5° año de la Licenciatura en Enfermería. UNQ Enero-febrero 2013.

Del total de 56 encuestas el 7.14% son buenos dormidores, el 51.78% son regulares dormidores y el 41.07 son malos dormidores

Cuadro N° 3
Promedios de edad, antigüedad en el turno y en la profesión para cada nivel de Calidad del sueño.

Variable	B.D N=4	R.D N=29	M.D N=23
Edad (promedio)	45,5 años	38,46 años	33,13 años
Antigüedad en el Turno (promedio)	6,5 Años	5,71 años	2,5 años
Antigüedad en la Profesión (promedio)	12 Años	7,7 años	5,3 años

Elaboración propia. Alumnos de 5° año de la licenciatura en Enfermería. UNQ Enero-febrero 2011.

Cabe destacar que de los 56 encuestados, 22 son malos dormidores. Dicho dato coincide con el personal más joven, más nuevo en la profesión y menos antiguo en el turno noche.

Esto está relacionado estrictamente con la adaptación de cada individuo y como su ritmo circadiano se acopla a la jornada laboral.

Conclusión y Discusión

Los datos arrojados en la presente investigación han evidenciado que existe un bajo porcentaje de buenos dormidores, a pesar de que la organización en los horarios de trabajo es distinta entre ambas instituciones. En general, se observa que la calidad del sueño se concentra entre la categoría regular a mala, sin discriminar sexo ni nivel de formación. Sin embargo, sí se destacan las variables de tiempo en la profesión y antigüedad en el turno, siendo éstas determinantes a la hora de medir la calidad de sueño. De un total de 56 encuestados, 22 son malos y 29 regulares dormidores. Dicho dato coincide con el personal más joven, más nuevo en la profesión y menos antiguo en el turno noche. Esto está relacionado estrictamente con la adaptación de cada individuo y como su ritmo circadiano se acopla a la jornada laboral.

Otros datos obtenidos, demuestran que de 56 encuestados, más del 50% considera que su calidad de sueño es buena. Si bien tardan en quedarse dormidos y duermen pocas horas, la eficiencia del sueño es buena sin necesidad de tomar medicación para dormir, aun-

que algunos afirmen que se sienten cansados o con sensación de sueño durante el día lo que les impide desarrollar sus tareas diarias con efectividad.

La persona que trabaja de noche modifica sus horarios de sueño, alimentación y descanso en base a su turno laboral. Esto trae un daño innegable a la salud, tanto en el aspecto físico como en el mental, emocional y social que se manifiesta en un incremento del cansancio, envejecimiento precoz y alteraciones gastrointestinales entre otras.

Sin embargo, como resulta estrictamente necesario que la atención hospitalaria abarque las 24hs del día, el trabajo nocturno de enfermería no puede ser reemplazado ni eliminado.

La OIT (Organización Internacional de Trabajo) brinda recomendaciones universales para el trabajo nocturno. Sin embargo éstas no están estrechamente ajustadas al servicio de enfermería específicamente, sino que son generales.

Por su parte, las Instituciones de salud y el Ministerio de trabajo conocen los efectos negativos que la labor nocturna puede acarrear, por lo que está previsto, según los convenios colectivos de trabajo, que se otorgue una remuneración compensadora a los trabajadores que se desempeñen en horario nocturno, lo que hace que los enfermeros que requieren mayores ingresos, se inclinen hacia el turno noche, sin considerar los problemas que el turno puede ocasionar en la salud.

La presente investigación, además de establecer la calidad del sueño de los enfermeros, se propuso con sus resultados, hacer un llamado a la reflexión. Se intentó con este estudio fortalecer una conciencia colectiva sobre el riesgo del personal de enfermería nocturno. Es importante que las instituciones formadoras de futuros profesionales puedan sensibilizar a los estudiantes sobre la importancia de la investigación en esta área. No existen muchos estudios sobre enfermería y trabajo nocturno. Es por ende, que se necesita aun un mayor conocimiento sobre el tema a fin de lograr un trabajo nocturno en enfermería que sea de calidad, eficaz y eficiente sin poner en riesgo la salud del trabajador.

Las instituciones de salud deben encontrar la manera de minimizar el daño a la salud de los trabajadores, implementando una reducción de la jornada laboral y un reordenamiento de los procesos de trabajo en enfermería. Se deben brindar las condiciones necesarias para favorecer la adaptación de los trabajadores al turno nocturno.

Además de eso, es fundamental hacer efectiva la vigilancia de la salud del trabajador actuante que propicie el cumplimiento de los dispositivos legales de la salud del trabajador.

Los profesionales de salud también deben realizar un esfuerzo continuo, a fin de conocer y encontrar diferentes formas de organización del trabajo que minimi-

cen los impactos que el horario nocturno produce en la vida del trabajador.

Por lo antes expuesto, se puede afirmar que las condiciones de trabajo son determinantes en los modos de vivir y enfermarse de la población trabajadora.

Los indicadores de calidad de sueño analizados en este trabajo ponen de manifiesto el pedido de una urgente intervención de mejoras hacia las condiciones laborales y sistemas de trabajo, con el objetivo de minimizar los efectos negativos en el sueño y salud del trabajador nocturno.

Bibliografía

Heredia S. Calidad del sueño en el personal de enfermería. *Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Trabajos Fin de Master* [revista en Internet] 2011 [acceso 13 de abril de 2012] 3 (2): 1-24., 13. Disponible en <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/280/299>

Veloz M, Triguero T, Hernandez B. Efectos del trabajo nocturno en trabajadores de la salud de un hospital público universitario en la ciudad de Pinar del Río, Cuba. *Psicología: Teoría e Práctica*. [revista en Internet] 2009 [acceso 13 de abril de 2012] 11(3):54-62. Disponible en: <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/download/2225/1990>

Silva F. Trastornos del Ritmo Circadiano del Sueño: fisiopatología, clasificación y tratamientos. *Memoriza.com* [revista en Internet] 2010 [acceso 21 de junio de 2012] 7:1-13. Disponible en http://www.herbogeminis.com/IMG/pdf/trastornos_ritmo_circadiano_sueno.pdf

Arias F, Barbosa N, Blanco J, Fajardo E, Rivera R, Rodriguez S et al. Síndrome del desgaste profesional o de Burnout en el personal de enfermería. *Enfermería Actual en Costa Rica* [revista en internet]. Set 2007/Abril 2008. [acceso 11 de enero de 2013]. No.13 Disponible en <http://>

www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/download/3600/3508

Simões M, Marques F, Mattia Rocha A. El trabajo en turnos alternados y sus efectos en lo cotidiano del trabajador que beneficia granos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [revista en Internet] 18(6):[07 pantallas] nov.-dec. 2010 [acceso 17 de febrero de 2013]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es_05.pdf

Fernandez-Maontalvano J, Piñol E. Horario Laboral y Salud. Consecuencias psicológicas de los turnos de trabajo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* [revista en Internet] 2000, Volumen 5. Número 3, pp. 207-222 [acceso 17 de febrero de 2013] Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2372521&orden=190680&info=link>

Eguia A, Balderas C, González L. Turno de noche y salud: análisis para determinar los posibles factores de riesgo asociados al bajo desempeño físico. *Revista Latinoamericana de la Salud en el trabajo*. [revista en Internet] Enero-Abril 2001 [acceso 24 de enero de 2013]. Vol. 1 No. 1: 37-44. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd46/noche.pdf>

Situaciones de violencia a las que han estado expuestos los enfermeros.

Informe de Investigación en Enfermería.
Universidad Nacional de Quilmes
Departamento de Ciencias Sociales
Licenciatura en Enfermería.

Fernanda Carrizo
Olga Escobar
Alejandra González
Marisa Murdocca
Directora. Mg. Ana María Heredia.

Palabras clave

Enfermería
Agresión
Violencia, violencia física, violencia psicológica, violencia verbal
Buenos Aires.

Bernal, Buenos Aires, Junio 2013.



Universidad
Nacional
de Quilmes

Resumen

El objetivo de este estudio fue describir las situaciones de violencia a las que han estado expuestos en sus lugares de trabajo, los enfermeros que cursan el segundo ciclo de la Licenciatura en enfermería en la Universidad Nacional de Quilmes.

Materiales y métodos

Los objetivos específicos fueron; describir las características sociodemográficas; establecer los tipos de violencia; describir el tipo de agresión más frecuente, establecer el género del agresor, frecuencia de las agresiones; y determinar si se denuncian las situaciones de violencia o maltrato laboral.

Este estudio fue descriptivo, prospectivo, de corte transversal, con metodología observacional. La población fue; los enfermeros que cursan el segundo ciclo de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Quilmes durante el mes de noviembre del año 2012.

Las variables de estudio fueron violencia laboral: violencia psicológica/ verbal, y violencia física.

Participaron de este estudio 70 enfermeros, el instrumento utilizado fue una encuesta, que posee 32 preguntas cerradas, donde se trataron las variables que llevaron a esta investigación.

Resultados

El perfil sociodemográfico del grupo de enfermeros estudiados es similar a los encontrados en diversos estudios nacionales e internacionales. Los tipos de actos violentos presenciados son mayoritariamente de tipo psicológico/verbal; las manifestaciones correspondían a gritos, seguidos de insultos, amenazas y críticas constantes.

Se encontraron algunas conductas de violencia física tales como empujones, golpes y cachetadas. La mayor cantidad de actos violentos se producen en la habitación y los pasillos, el horario en que los incidentes se dan con mayor intensidad fue durante la tarde. Los enfermeros han sido agredidos en primer lugar por los familiares de los pacientes y luego por los colegas y supervisores enfermeros, la edad del agresor es mayor de 40 años y los mismos fueron mayoritariamente de sexo masculino.

La comunicación de los hechos de violencia, se realizó en forma verbal y solo muy pocos lo informaron por escrito. Un sector del personal de enfermería considera a la violencia parte de su tarea. Las enfermeras manifestaron que las situaciones de violencia inflúan en su salud mental, en el desempeño laboral y en su salud física. La sintomatología producida por haber vivido situaciones violentas fue tanto física como mental: irritación, desmotivación, tensión, disminución de su autoestima, inseguridad, problemas de relación y temor.

Conclusiones

La violencia es un problema polifacético, de raíces biológicas, psicológicas, sociales y ambientales para el que no existe una solución sencilla o única; al contrario, es una cuestión que debe abordarse a varios niveles y en múltiples sectores de la sociedad simultáneamente.

La violencia laboral es un gran riesgo para la salud mental y física del colectivo enfermero, además de causar deterioro de los cuidados que se les brinda a los pacientes. Sólo cuando las instituciones, el personal y los usuarios tomen en serio los incidentes de violencia laboral, estos riesgos se reducirán en los lugares de trabajo del sector de salud.

INTRODUCCION

“...la violencia contra las enfermeras disminuye la capacidad de la profesión para contar y retener enfermeras calificadas”... (1).

En forma general se puede decir que el término violencia designa todo tipo de abusos capaces de humillar, degradar y dañar el bienestar, la dignidad y el valor de las personas. La violencia es una forma de relación social, a través de la cual los seres humanos producen y reproducen sus condiciones sociales de existencia. Es decir que expresa formas de sociabilidad, modos de vida y modelos de comportamiento vigentes en la

sociedad en un determinado momento histórico. Se manifiesta “como un poder sin medida, sin armonía”, se torna destructiva porque impide la plenitud de las personas, las manipula y las utiliza, coartando la libertad mediante la fuerza física, la presión psicológica o impidiendo la toma de decisiones. (2).

Se puede decir que hay diferentes tipos de violencia: la violencia autoinflingida (comportamiento suicida y autolesiones), la violencia interpersonal (violencia familiar, que incluye menores, pareja y ancianos; así como violencia entre personas sin parentesco), la violencia colectiva (social, política y económica). Así también hay diferente variedad de comportamientos violentos; homicidio, violación, robo, herir, golpear, patear, cortar, escupir, rasguñar, apretar, acechar, hostigamiento (sexual y racial), intimidar, acosar, amenazar, aislar, dejar mensajes ofensivos, tener una postura agresiva, hacer gestos groseros, interferir con el trabajo, las herramientas y equipos, comportamiento hostil, hacer juramentos, maldecir, gritar, poner a alguien sobrenombres despectivos, hacer insinuaciones, hacer el vacío (silencio deliberado).

Esta acción es ejercida sobre el trabajador/a, atentando contra su dignidad, integridad física, sexual, psicológica o social mediante amenazas, intimidación, maltrato, persecución, menosprecio, insultos, bromas sarcásticas reiteradas, discriminación negativa, desvalorización de la tarea realizada, imposición, acoso, acoso sexual, inequidad salarial, entre otros.

Si bien los hechos violentos pueden manifestarse en distintos ámbitos en donde el individuo se desarrolla, es muy frecuente observar ciertos tipos de violencia específicamente en el ámbito laboral. La violencia en el lugar de trabajo no es un problema individual ni aislado, sino un problema estructural y estratégico que tiene sus raíces en factores sociales, económicos, organizacionales y culturales.

En el lugar de trabajo, “la violencia sea física o psicológica ha adquirido una gran importancia en los últimos años y en la actualidad es una preocupación prioritaria ya que atraviesa contextos laborales y grupos de profesionales, causando perturbaciones a veces inmediatas y en otras oportunidades a largo plazo de las relaciones entre las personas, de la organización laboral y del entorno” (3).

La violencia laboral es entendida como “toda acción que manifieste abuso de poder, ejercida en el ámbito laboral por el empleador, personal jerárquico, en quien sea delegada la función de mando, un tercero vinculado directa o indirectamente a él, o quien tenga influencias de cualquier tipo sobre la superioridad” (4).

Otros autores “entienden a la violencia laboral como toda acción que manifieste abuso de poder, ejercida en el ámbito laboral por el empleador, por personal jerárquico o un tercero vinculado directa o indirectamente a él sobre el/la trabajador/a, que atente contra

su dignidad, integridad física, sexual, psicológica y/o social mediante amenaza, intimidación, inequidad salarial acoso, maltrato físico y/o psicológico social u ofensa ejercida sobre un/a trabajador/a” (5).

“De manera general, se considera acoso toda conducta indeseada, unilateral, basada en la edad, la incapacidad, la condición con respecto al VIH/Sida, la situación económica, el sexo, la orientación sexual, la transexualidad, la etnia, el color de la piel, el idioma, la religión, las opiniones políticas, la pertenencia a una organización sindical, las opiniones, las creencias, el origen nacional o social, la pertenencia a una minoría, la propiedad, el nacimiento o todo otro estado, y que afectan la dignidad de hombres o de mujeres en su trabajo” (6).

Estudios recientes confirman que la violencia laboral en el sector salud es universal, si bien pueden variar las características locales, las mujeres que trabajan en los servicios asistenciales constituyen un grupo de personas que presentan un alto riesgo de sufrir violencia. (7)

Según el Consejo Internacional de Enfermería, las enfermeras tienen una probabilidad tres veces mayor que los demás profesionales de ser víctimas de la violencia en el lugar de trabajo. (1)

En un estudio realizado en el Reino Unido (3), el 97% del personal de enfermería encuestado afirmó que conocía algún enfermera/o que había sufrido una agresión el año anterior. Durante el 2005, un sondeo de

opinión puso de manifiesto que una cuarta parte del personal de enfermería que trabajaba en el Servicio Nacional de Salud Británico había considerado la posibilidad de renunciar a su puesto a causa de la violencia al que está expuesto.

La violencia constituye en la actualidad un problema de salud pública mundial que afecta a personas de diferentes niveles culturales, edad, sexo, etnia, educación, religión y lugar de trabajo. Su aumento en los últimos años presenta cifras que alertan a la sociedad, a profesionales de la salud y en especial a enfermería.

Según un estudio elaborado por el Internacional “Journal of Nursing Studies” en el 2002 cerca de la mitad del personal de enfermería había sufrido violencia verbal y el 7%, violencia física. (8) Según este estudio, los pacientes eran quienes con más probabilidad cometían abusos, y la mayoría de las enfermeras y enfermeros creía que la violencia era un elemento esperable en esta profesión.

De acuerdo a los resultados de los estudios ya mencionados se da cuenta que el personal de enfermería constituye un grupo de personas que presentan alto riesgo de sufrir violencia. Entre ellos presentan mayores riesgos el personal de enfermería que se desempeña en unidades de emergencia, hospitales psiquiátricos, unidades de ancianos, centros de rehabilitación de adictos entre otras. (9)

Las características propias del cuidado proporcionado por el personal de enfermería relacionado con la exposición a maniobras invasivas, la angustia vivida por el familiar al ver a su ser querido vulnerado en cuanto a su salud y a las múltiples situaciones de contacto con diversos profesionales, muchas veces desencadenan eventos violentos de distinta intensidad, poniendo en riesgo la integridad del personal abocado al cuidado de los pacientes internados.

Las consecuencias individuales de esta violencia pueden ir desde la desmotivación, disminución de la calidad de los servicios de salud, estrés, miedos, fobias, perturbaciones del sueño hasta el impacto en la organización, afectando la calidad del servicio de salud y el deterioro de las relaciones interpersonales, colaborando al aumento del ausentismo.

Dado el aumento de los trabajadores de salud que se ven expuestos a situaciones de violencia en diversos países se han establecido programas conjuntos de directrices entre trazadas por la Organización Internacional de Trabajo, la Organización Mundial de la Salud y el Consejo Internacional de enfermeras.

El objetivo de este estudio es describir las situaciones de violencia a las que han estado expuestos en sus lugares de trabajo, los enfermeros que cursan el segundo ciclo de la Licenciatura en enfermería en la Universidad Nacional de Quilmes

El propósito es contribuir a un análisis más profundo sobre las situaciones de violencia que se le presentan al personal de enfermería, permitiendo así, en un futuro diseñar estrategias adecuadas que den salida a estas situaciones tan graves que se evidencian en aumento.

Materiales y Metodos

Los objetivos específicos fueron; describir las características socio-demográficas, establecer los tipos de violencia padecidos en sus lugares de trabajo, describir el tipo de agresión más frecuente, el género más agresor, si existió agresión más de una vez, determinar si se denuncia situaciones de violencia o maltrato laboral en los enfermeros que cursan el segundo ciclo de la Licenciatura en enfermería en la Universidad Nacional de Quilmes.

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, de corte transversal con metodología observacional. La población objeto de estudio han sido los enfermeros que cursan el segundo ciclo de Licenciatura en enfermería de la Universidad Nacional de Quilmes durante los meses de octubre y noviembre del año 2012.

Los criterios de inclusión fueron; enfermeros que cursan el segundo ciclo de Licenciatura en enfermería de la Universidad Nacional de Quilmes; con antigüedad laboral de seis meses; que trabajan en todos los turnos.

Se excluyó a los enfermeros que no se encontraban presentes el día de la recolección de datos y los que

por algún motivo no desearon participar en el estudio. La variable en estudio es violencia laboral se definió como: aquellos incidentes en los cuales el personal de enfermería es abusado, amenazado o tocado por un paciente, acompañante, público y/o personal del equipo de trabajo. La misma comprende; violencia psicológica y verbal que se define como aquellos actos en los que una persona lastima psicológica y moralmente a otra, por medio de gritos, desprecios, insultos, mentiras, irrespeto a la privacidad, irrespeto a sus creencias e ideas, comentarios sarcásticos y burlas, amenazas que exponen a la víctima al público. Violencia física se definió como el uso de la fuerza humana para deteriorar las condiciones de otro ser, objeto, o si mismo, abarcando golpes, cachetadas, empujones, patadas, heridas por armas de fuego, y/o blancas.

El trabajo de campo se realizó durante las horas lectivas en el segundo cuatrimestre del curso académico 2012.

Se destacó que se mantendrá la confidencialidad de la información obtenida.

Los cuestionarios fueron entregados personalmente en las aulas, recogidos una vez cumplimentados, hallándose presente los autores para aclarar posibles dudas.

Se utilizó un cuestionario con preguntas cerradas. Donde se tuvieron en cuenta las variables sociodemográficas y las variables en estudio.

Se aplicó el cuestionario a 70 enfermeros del segundo ciclo de la Licenciatura en enfermería de la Universidad Nacional de Quilmes.

La recolección de datos se realizó en octubre-noviembre del año 2012.

Resultados

Participaron 70 enfermeros que se encuentran cursando el segundo ciclo de la licenciatura en enfermería: El (67%) se encuentra dentro del grupo etario entre los 31 a 50 años El (87%) son de sexo femenino El 69% posee entre 6 meses a 10 años de desempeño en la profesión de enfermería.

El 84% tiene un solo empleo y solo el 16% dos empleos. El 44%, trabajan menos de 35 horas semanales.

El 53% trabajan en el subsector de salud privado, un 47% en el público y un 3% en obras sociales. El 67%, trabaja del conurbano sur.

El 35% del total de la población encuestada trabaja en el turno tarde; en la mañana 30%; turno vespertino 4%; turno noche 17% y franquero 14%.

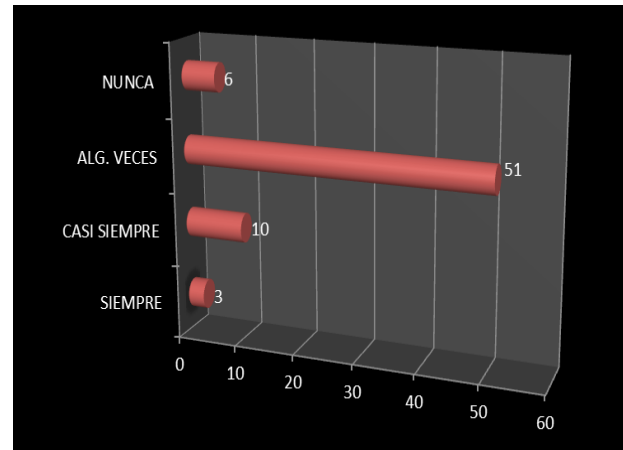
El 76% del total tiene una antigüedad institucional de 6 meses a 7 años.

Un 35% trabaja en área cerrada (un 29% en unidades de cuidados intensivos polivalentes y un 6% en neonatología), un 23% en clínica médica. Y el resto 42% en diversos sectores

El 91% ha presenciado un acto violento; de los cuales un 73% ha presenciado alguna vez un acto violento, el

14% casi siempre y siempre un 4%. El 91% ha presenciado un acto violento; de los cuales un 73% lo ha presenciado alguna vez un acto violento, el 14% casi siempre y siempre un 4%. De este 91%, el 25% fue durante el último mes.

Grafico 1
Presencia de actos violentos en el último año



- El 91% de los enfermeros que cursan el segundo ciclo de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Quilmes 2012 ha presenciado un acto violento.

- En relación al tipo de actos violento presenciado durante el último año se observa que un 84% de los mismos se corresponden a violencia psicológica/verbal.

Tabla 1
Tipo de violencia psicológica / verbal presenciada por enfermeros.

Violencia / psicológica / verbal	Nº	%
Gritos	35	18
Insultos	28	14
Amenazas	24	12
Criticas constantes	24	12
Mentiras	17	9
Desprecio	16	8
Humillación	11	5
Violencia/psicológica/verbal	Nº	%
Comentarios/irónicos y/o sarcástico	10	5
Burlas	10	5
Silencios	10	5
Menosprecio	10	5
Aislamiento	4	2
Otros	0	0
Total	199	100

- El mayor porcentaje de violencia psicológica/verbal corresponde a gritos (18%) seguido por insultos (14%); amenazas y criticas constantes (12%).

Tabla 2
Tipo de violencia física presenciada por enfermeros

Violencia física	Nº	%
Empujones	4	31
Cachetada	3	23
Golpes	3	23
Patadas	2	15
Otros	1	8
Herida arma fuego	0	0
Herida arma blanca	0	0
Total	13	100

El 31% de la violencia física se corresponde a empujones, seguido por golpes y cachetadas con el 23%, no habiéndose observado heridas con arma blanca o de fuego.

- Quienes sufrieron actos de violencia fueron en un 61% el personal de enfermería, y un 14% hacia los médicos. El personal menos agredido es el administrativo.

- La frecuencia de la agresión recibida por el enfermero fue siempre un 2%, casi siempre un 8%, y el 90% restante fue para algunas veces 45% y muy pocas veces 45%.

- El 33% de las víctimas respondió verbalmente, un 20% no respondió y el 4% lo asume como parte de la tarea.

- En relación al lugar físico donde ocurrió el acto violento, el porcentaje más alto se observó en la habita-

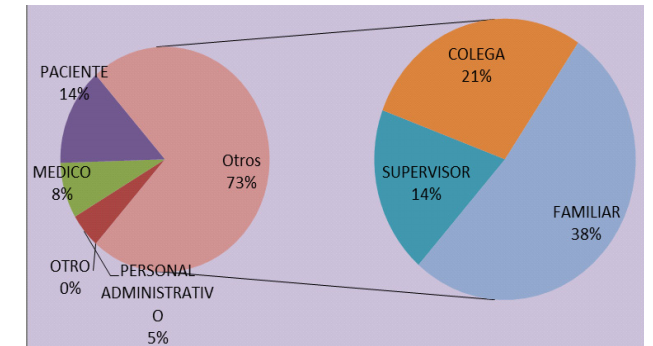
ción o sala y pasillo (61%), en los espacios exclusivos del equipo de salud (24%) y el 15% restante se divide en otras áreas.

- El 41% de incidentes se presentó en la franja horaria de 14 a 20 horas, el 38% ocurrió entre las 06 a 13 horas y el 21% entre las 21 y 05 horas.

- El 61% de los actos violentos se produjo al promediar la semana.

- El familiar del paciente es el agresor más importante el peso relativo fue de 38%, seguido por colega con un 21%, el paciente y el supervisor un 14%, el médico un 8%, y personal administrativo un 5%.

Grafico 2
Agresor más frecuente



De acuerdo a lo que se observa en el gráfico se destaca que el porcentaje de los familiares que agreden es similar al que se produce entre el personal de enfermería.

- La variable edad del agresor dio como resultado un 49% para mayores de 41 años, seguido por 32% para la franja de 31 a 40 años y el 19% para 21 a 30 años. Y los que participaron en los actos violentos fueron el 51% de sexo masculino.

- El 60% informó en forma verbal el hecho de violencia, el 78% de las personas no reportaron por escrito el hecho de violencia, y lo presentaron solo el 22%.

- Se observa que en un 36% las instituciones no se interesaron por la víctima, un 23% de las instituciones la apoyó y estigmatizó a la víctima un 3% de las instituciones

- El 42% contestó que las situaciones de violencia impactan de manera general sobre su salud mental, en el desempeño laboral en un 29%, sobre la salud física un 15%, un 2% dijo que no impacta y sobre el ítem otros un 1%.

Tabla 3
Impacto general de la violencia

Impacto de violencia (General)	N°	%
Salud mental	52	42
Desempeño laboral	35	29
Salud física	19	15
Relaciones familiares	14	11
No impacta	2	2
Otros	1	1
Total	123	100

-El impacto de acto violento a nivel personal da como resultado que un 25% considera que impacta causando irritación, un 23% que produce desmotivación para llevar a cabo la tarea; el 16% que causa tensión; un 10% que le disminuye su autoestima, al 9% le causa inseguridad, un 8% problemas de relación y a un 3% temor.

Tabla 4
Impacto a nivel personal de la violencia

Impacto de violencia (personal)	N°	%
Desmotivación en tarea	34	23
Irritación / nerviosismo	36	25
Temor	5	3
Inseguridad	13	9
Tensión	24	16
Dificultad para descanso	9	6
Problemas de relación	11	8
Disminución de autoestima	14	10
Otros	0	0
Total	146	100

Las condiciones de trabajo del personal de enfermería, la calidad del mismo en los diferentes establecimientos también son factores que influyen en la violencia laboral.

- El 47% de los enfermeros encuestados contestaron que la distribución del personal es medianamente adecuada, un 28% adecuada y un 25% no adecuada.

- En referencia a las horas extras un 52% de los encuestados realiza horas extras regularmente, un 12% lo hace siempre. 36% nunca hace horas extras.

- El 46% de los participantes contestó que no lo cambian nunca de servicio, a un 43% que lo cambian ocasionalmente, un 6% una vez por mes, cada jornada en un 3%.

Conclusiones

En cuanto al perfil sociodemográfico del grupo de enfermeros estudiados son similares a los encontrados en diversos estudios nacionales e internacionales (CIE 1998, MSAL) 1997. (1-10)

Los tipos de actos violentos presenciados son mayoritariamente de tipo psicológico coinciden con estudios internacionales (OIT 1998; Letelier, Valenzuela 2002; Burgos y Paravic 2003). (11-12-13)

Las manifestaciones de violencia correspondían a gritos, seguidos de insultos, amenazas y críticas constantes. Esto se encuentra acorde con los estudios consultados como el de Consejo Internacional de Enfermeros en 2010 (3); y de Adib y Kamal, 2002(8).

Este tipo de violencia alcanza niveles de epidemia y lo sufren millones de trabajadores en sus lugares de trabajo afectando su calidad de vida, Báez 2001. (14)

En relación a la violencia física no alcanzo a la dimensión de la violencia psicológica, de todos modos, no deja de llamar la atención que se hayan encontrado algunas conductas de violencia física tales como empujones, golpes y cachetadas.

Quienes sufrieron actos de violencia fueron mayoritariamente el personal de enfermería seguido por los médicos.

La mayor cantidad de actos violentos se producen en la habitación lugar donde se interactúa con el paciente y los pasillos donde el personal es abordado por los diferentes usuarios.

El horario en que los incidentes se dan con mayor intensidad es durante la tarde, cuando existe mayor movimiento de familiares seguido por la mañana cuando hay mayor desarrollo de actividades y exceso de trabajo, CIE, 2002, Chapell y Martino 1998. (15- 16)

Los enfermeros han sido agredidos en primer lugar por los familiares de los pacientes, lo que puede explicarse, debido a que es el personal de enfermería es el que tiene el mayor contacto directo con los familiares y se enfrentan a las demandas que cuando no son satisfechas generan situaciones de conflicto. El Consejo Internacional de Enfermería 2002 destacó que son los trabajadores del cuidado de la salud los que corren riesgo y cuando son agredidos físicamente provienen de los usuarios y familiares. Este estudio también dio cuenta que los colegas y supervisores enfermeros son el agente agresor después de los familiares. En las investigaciones realizadas por Letelier y Valenzuela 2002 (12) con estudiantes de enfermería durante sus prácticas pre profesionales, la enfermera tuvo un lugar importante como agresora, coincide también con el informe del CIE 2004 (3), en donde se pone de manifiesto que las enfermeras han actuado de manera violenta en diferentes circunstancias. Otros autores coinciden en este hecho. Rowe y Sherlock (17), por ejemplo, desarrollan la idea de que la enferme-

ra ha soportado mucho tiempo conductas agresivas de tipo verbal procedentes en primer término del médico, y que, como resultado, proyecta su frustración en sus compañeras más jóvenes o de menor categoría. También se corresponde con la investigación de Woslok 2009 (18) donde destaca que: las enfermeras entrevistadas relatan violencia de distinto tipo que involucran a responsables de la organización, trabajadores, pacientes y familiares; el tipo de violencia laboral más frecuente es la violencia interna (vertical y horizontal), es decir la que ocurre entre el propio personal de enfermería. A su vez, el tipo de violencia interna más frecuente es vertical descendente, la cual está generalmente en relación con el jefe inmediato superior. (18)

La edad del agresor es de mayor de 40 años y los que participaron de actos violentos fueron mayoritariamente de sexo masculino. Sin embargo en este estudio se observa una disminución en la brecha entre hombres y mujeres como efectores de agresión.

Para Valenzuela 1997 (19), la violencia contra la mujer se encuentra inserta en una estructura social, donde el ejercicio del poder está basado en la aceptación, por parte de hombres y mujeres, de la discriminación como principio ordenador de las relaciones sociales y en la creencia que postula la superioridad de los hombres.

Las formas de afrontar los hechos de violencia, llevaron a comunicarlo generalmente en forma verbal y solo muy pocos lo informaron por escrito, esto se encuentra

relacionado con que las instituciones en un alto porcentaje no se interesan por las víctimas o las estigmatiza. Durante el año 2005 (17), en el Colegio de Enfermería de Madrid se recogieron denuncias de agresiones hacia el personal de enfermería, que revelan, que hay un alto porcentaje que acuden al Colegio para exponer la situación, pero no se atreven a denunciarlo ante la justicia, por no sentirse suficientemente protegidos. Para el CIE 2007 (1); se calcula una denuncia oficial de sólo una quinta parte de los casos. La mayoría de las enfermeras que denuncian estos incidentes considera que no se le toma en serio y, por tanto, que no merece la pena hacerlo. Los empleadores ejercen mucha presión para impedir una denuncia por dar ésta una imagen negativa de la institución a los pacientes futuros y, por consiguiente, ellos no facilitan la denuncia de todos los incidentes de violencia sin que haya un fomento encubierto a la falta de denuncia ni una amenaza de represalias.

Los agredidos que respondieron al acto violento lo hicieron en su mayoría verbalmente; para el CIE 2007 (1); la defensa verbal es usada por la mayoría de las personas que respondieron a su investigación, y se concluyó que este mecanismo era más útil para prevenir nuevos casos de violencia.

Es un dato a considerar que hay un sector del personal de enfermería que considera a la violencia parte de su tarea. Coincidiendo con Letelier y Valenzuela 2002(12) en donde se hace referencia a que las enfermeras han aceptado maltratos y violencia como “parte del traba-

jo”, actitud lamentable compartida a veces por el público general, y los líderes del sistema judicial.

Se encontró un porcentaje alto de enfermeras que manifestaron que las situaciones de violencia influían en su salud mental, en el desempeño laboral y en su salud física. La sintomatología producida por haber vivido situaciones violentas fue tanto física como mental: irritación, desmotivación, tensión, disminución de su autoestima, inseguridad, problemas de relación y temor. Estos resultados son congruentes con los que expresa la literatura y otras investigaciones, Ferre y Bosch 2001, Calvino 2001. (20-21)

La violencia laboral y su repetición continua, tienen impacto directo sobre la vida de las personas, amenazando su autoestima, su identidad y sus relaciones causando daño a su salud física y mental, Barretto 2001. (22)

Los factores de riesgo que favorecen la aparición de actos violentos tienen que ver con la estructura y el comportamiento de la organización, con la dinámica del contexto sociolaboral y también con factores individuales. Las condiciones de trabajo del personal de enfermería, la calidad del mismo son factores que influyen y predisponen a la violencia laboral, en este estudio la distribución del trabajo y del personal no resulta adecuada, en su mayoría los encuestados realizan horas extras esto puede deberse a la falta de personal sumada a la remuneración insuficiente que percibe el personal de enfermería.

Según Woslok 2009 (18); las condiciones de trabajo del personal de enfermería se caracterizan por la sobrecarga de trabajo, jornadas extensas, turnos rotativos, trabajo nocturno, y frecuentes cambios de servicio. Asimismo, el personal está expuesto a permanentes riesgos biológicos, químicos, físicos y psicológicos. A lo que se suma los bajos salarios y la escasez sistemática de personal, que lleva a tener dos o tres trabajos, o que se realicen horas extras de manera poco controlada.

Discusion

La violencia es un problema polifacético, de raíces biológicas, psicológicas, sociales y ambientales, y para el que no existe una solución sencilla o única; al contrario, es una cuestión que debe abordarse a varios niveles y en múltiples sectores de la sociedad simultáneamente. OPS 2002

La violencia laboral y su estudio, no solo en el ámbito de la salud, es un tema de interés mundial, del cual se ocupan organizaciones internacionales. Pero su estudio por sí sólo no sirve de mucho si no se intenta buscar e implementar soluciones viables.

Los trabajadores de la salud tienen mayor riesgo de sufrir un ataque si se los compara con otros colectivos de trabajo.

Los profesionales enfermeros son los trabajadores del cuidado de la salud que más riesgos corren, y las enfermeras son más vulnerables. Respecto al género,

se calcula que el 95% de la población de enfermeros del mundo son mujeres. Se produce de este modo una interacción entre profesión y género que reflejan actitudes culturales hacia la mujer.

Las repercusiones de la violencia laboral no sólo afectan al individuo como tal, sino que también a la institución en que se desempeñan, generando costos tanto económicos como psicológicos y físicos; las consecuencias, más visibles son, licencias médicas y ausentismo laboral. Esto genera importantes desafíos tanto para trabajadores como para autoridades. Es una problemática que debe ser abordada desde todas sus facetas.

Estos resultados también generan desafíos para la enfermería en su conjunto, ya que son parte importante de los equipos de trabajo, esto puede facilitar instancias de conversación y diálogo con las instituciones para que permitan el desarrollo de un buen ambiente laboral, manejo del estrés, crear instancias de relajación, de recreación, de actividad física, de convivencias, apoyo de expertos, talleres para instaurar buenas prácticas, buen trato, etc. como así también sería importante que los mecanismos de denuncia de estos hechos, estén claramente establecidos y sean conocidos por todos los afectados.

Como se dijo en un principio la solución no es sencilla, pero, con el problema identificado y el compromiso de todas las partes el camino comienza a vislumbrarse.

Bibliografía

1. Consejo Internacional de Enfermería (2007). *Directrices para hacer frente a la violencia en el lugar de trabajo*. Ginebra, Suiza.
2. Arratia F.A. *Aspectos éticos vulnerados en situaciones de violencia: su importancia en la formación de enfermería*. Invest educ enferm 2005; 23(2): 104-116
3. Consejo Internacional de Enfermeros. *La Enfermería importa. La violencia - Epidemia mundial*. Consejo Internacional de Enfermeros. Ginebra, Suiza; (actualizado 21/05/2010, acceso 29/04/2011); disponible en <http://icn.ch/mattersp.html>
4. Asociación Gremial de Unión del Personal Civil de la Nación, Cuadernillo *Violencia Laboral - "Qué es? UPCN"* 2001.
5. Proyecto de Ley presentado en el Senado de la Nación - 8 de marzo-2001, (Ver anexo-Ley23592).
6. Ahmed Khalef, *¿es la violencia en el trabajo una fatalidad?*, "La violencia en el trabajo" 2003/4 Educación Obrera N°133, páginas 13 a 19, de la Oficina de Actividades para los Trabajadores de Organización Internacional del Trabajo.

7. Sánchez R. y Valenzuela S. (2002) *Percepción de la violencia que afecta a los profesionales de Enfermería* 120,10-14

8. Adib S, Al-Shatti A, Kamal S, et al *violence against nurses in healthcare facilities in Kuwait*. International Journal of Nursing Studies 2002;39:469-78.

9. Paravic T; Valenzuela S; Burgos M; *Violencia percibida por los trabajadores de atención primaria Ciencia y Enfermería X (2)*.53-65-2004

10. Ministerio de Salud, Servicio Nacional de la Mujer (1997). *Una perspectiva de género de los recursos humanos del sector público de salud*. Perfil socio familiar y laboral.

11. Organización Internacional del Trabajo (1998). *Cuando trabajar es un riesgo*. Boletín N 231. Publicación simultánea en Ginebra y Washington DC.

12. Letelier, P., Valenzuela, S. (2002). *Violencia: fenómeno relevante de estudio en campos clínicos intrahospitalarios de enfermería*. Rev. Ciencia y enfermería 8 (2) 21-26.

13. Burgos, M. y Paravic, T. (2003). *Violencia hospitalaria en pacientes*. Rev. Ciencia y Enfermería 9 (1) 9-14.

14. Báez, G. (2001) El acoso moral o mobbing en el trabajo. En: *Los espejos de la desigualdad*. Ed. Adriana Gómez. Cuadernos Mujer Salud/6.
15. Consejo Internacional de Enfermería (2002). *Nuevos estudios muestran que la violencia en el lugar de trabajo es una amenaza para los servicios de salud en todo el mundo*. Comunicado de prensa. Extraído el 26 de sept. 2002. Disponible en http://www.icn.ch/violencia/pr10_02sp.htm
16. Chapell, D., Di Martino, V. (1998). *Violence at work*. International labour office. Geneve.
17. Carrasco Rodríguez, P; Rubio González, L.; Vílchez Castellano, S.; Villalobos Buitrago, D.; Enero de 2007; *Estudio de las agresiones recibidas por el personal de enfermería y de las vivencias al respecto en los Servicios de Urgencias de los hospitales de la Comunidad de Madrid en un trimestre*; Nure investigación, número 26; acceso 27 de abril del 2011.
18. Wlosko, M. (2008) *Violencia Laboral y Organización del Trabajo: Reflexiones en torno al caso del Personal de Enfermería*. Ponencia V Jornadas Universitarias y II Congreso Latinoamericano de Psicología del Trabajo UBA. 25, 26 y 27 de septiembre de 2008. Publicado en Memorias del Congreso ISSN 1852-0251.

19. Valenzuela, F. (1997). *Reflexiones sobre mujer y desarrollo*. Editado por Instituto de la mujer. Chile.
20. Ferrer, V. y Bosch, E. (2001). *Algunas reflexiones sobre el maltrato de mujeres*. En: Los espejos de la desigualdad. Ed. Adriana Gómez. Cuadernos Mujer Salud/6.
21. Calvino, M. E. (2001). *Género, salud mental y violencia*. En: Los espejos de la desigualdad. Ed. Adriana Gómez. Cuadernos Mujer Salud/6.
22. Barreto, M. (2001). Asedio moral en el trabajo. En: *Los espejos de la desigualdad*. Ed. Adriana Gómez. Cuadernos Mujer Salud/6.

Escasez de enfermeros: una mirada desde las políticas públicas

Heredia, A.M.
Espíndola, K.

Resumen

La escasez de enfermeros en Argentina se presenta como un fenómeno sumamente complejo hasta ahora indagado desde una perspectiva cuantitativa que ha puesto de relieve el déficit en términos de cantidad, desestimando algunos otros aspectos que hacen a una comprensión integral del hecho. Se estima que en la actualidad existe un deficit de 85.000 enfermeros.

El presente trabajo se propone hacer visibles a través del análisis antropológico de las políticas públicas para el período 1990 a la actualidad, los espacios de consenso y disputa entre los distintos grupos y sectores involucrados, a fin de sumar herramientas al análisis de la escasez . Consideramos que este abordaje nos permite poner en evidencia la preocupación y la ocupación del Estado nacional, las provincias y los municipios sobre este fenómeno, así como también las formas en que se ha abordado dicha problemática en los últimos veinte años. Consideramos que la construcción de un “mapa de sentidos” desde las políticas públicas podría funcionar como el puntapie inicial para el desarrollo de estudios desde una perspectiva mas amplia. en el presente trabajo nos limitaremos a caracterizar el escenario actual buscando continuidades y rupturas, tensiones y articulaciones en las trayectorias de las políticas públicas orientadas a disminuir la escasez de enfermeros, contribuyendo asimismo en la construcción de categorías de análisis para explicar y comprender la situación actual.

Introducción

La escasez de enfermeros es una preocupación a nivel mundial. El histórico déficit de recursos capacitados de enfermería, y su inapropiada distribución geográfica y en los servicios, se ve actualmente agravada por la falta de incentivos para ingresar y permanecer en la profesión, derivadas del deterioro de las condiciones laborales que promueven el éxodo de profesionales. Según lo expresa la Organización Mundial de la Salud (OMS): "... de no revertirse esta situación redundará en un grave perjuicio para la calidad de la atención y el acceso a los servicios, dificultando el alcance de las metas de salud en la mayoría de los países, principalmente en los de menor desarrollo".

En la Región de las Américas la composición y distribución de la fuerza de trabajo en enfermería, exhibe características que merecen urgente atención. La cantidad de enfermeras en la región por cada 10.000 habitantes varía de 1,1 en Haití a 97, 2 en Estados Unidos de América. Hay 15 países que tienen menos de 10 enfermeras cada 10.000 habitantes, 29 países que tienen menos de 30 enfermeras cada 10.000 habitantes, entre ellos la Argentina, en donde se estima que en la actualidad, existe un déficit de 85.000 enfermeros.¹

¹ Malvárez, Silvina y María Consuelo Castrillón Agudelo, Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América latina. OPS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 39, 2005. Washington, Pág. 2.

Para comenzar a analizar las políticas públicas desarrolladas en el período seleccionado, es necesario mostrar a modo de punto de partida la complejidad que implica la construcción del Problema Social así como también los sentidos asignados al concepto de Política pública, para luego pasar a analizar su articulación dentro de la agenda pública, y las características que asume la legislación existente.

Existen en las sociedades ciertas condiciones consideradas por los sujetos como "perjudiciales" en la medida que pueden afectar su desarrollo. Estas condiciones señaladas como "perjudiciales", constituyen un tema supremo del discurso político. Ahora bien, no toda condición "perturbadora" en la sociedad genera una política pública. Alternativamente, condiciones aceptadas como inevitables o no problemáticas pueden llegar a verse como problemas y condiciones perjudiciales pueden no ser definidas en absoluto como cuestiones políticas. (Edelman 1991)

La pobreza, el desempleo y la discriminación contra las minorías son hoy en día aceptados como problemas aunque durante una parte considerable de la historia humana fueron considerados características del "orden natural de las cosas". (Edelman 1991)

Es decir que la construcción del problema implica selecciones, consensos, y discusiones en términos políticos, legales y sociales. De esta manera, el problema social al igual que su expresión, -la política pública-,

resulta un fenómeno de relevancia como objeto de estudio en la medida que su delimitación define los contornos del mundo social, es decir que permite hacer visible las tensiones entre los grupos interesados.

La política pública implica un reconocimiento sobre la legitimidad del problema y la relevancia de la problemática, así como también identifica los sujetos autorizados en el tema y con ello los grados de instalación de la problemática en la sociedad. La política pública inviste de autoridad a personas que afirman tener algún tipo de competencia ya que la sola definición del problema genera autoridad, prestigio y apoyo económico, mientras que niega esos beneficios a los reclamantes competidores.

Lo que se quiere señalar es que no todas las condiciones "perturbadoras" de una sociedad se convierten en problemas sociales y asimismo no todos los problemas sociales se convierten en políticas públicas.

Aquí resulta interesante señalar que los problemas de unos son un beneficio para otros. El sentido político de señalar los problemas y ocultar los beneficios y los que se benefician con ello, radica en que así se silencian los conflictos de intereses entre los grupos sociales. Para algunos empleadores, el desempleo y la pobreza significan costos laborales reducidos y fuerza de trabajo dócil, incentivo éste que coexiste fácilmente con la simpatía personal con los infortunados. (Edelman 1991)



Por otra parte, un tema central en éste análisis lo constituye la diversidad de significados de todo problema social que están íntimamente relacionados con la amplia gama de intereses de los diferentes grupos en cuestión. Es decir que ese “bricolage” de significados constituye la matriz a partir de la cual se construye un problema social y se define una política. Cada grupo refleja una ideología y racionaliza un curso de acción. La política condensa así un conjunto de sentidos contradictorios, fluctuantes y diversos que cobran vida en la arena pública.

Por otra parte, la manera en que definimos el concepto de políticas depende lo que entendemos por “políticas”. Es decir que el punto de partida sine qua non para el estudio sobre formulación de políticas públicas debe comenzar con una reflexión crítica de sus definiciones, sus sentidos y de los usos del término “políticas públicas”.

A nuestro entender y siguiendo a Shore (Shore 2010) las políticas reflejan maneras de pensar sobre el mundo y cómo actuar en él, en la medida que contienen modelos implícitos y algunas veces explícitos de una sociedad y de visiones de como los individuos deben relacionarse con la sociedad y los unos con los otros. Un aspecto clave es la manera en que inciden en la construcción de nuevas categorías del individuo y de la subjetividad.

Otro aspecto interesante de ser señalado es que las políticas públicas ofrecen narrativas retóricas que sirven para justificar el presente y para legitimar a quienes están en posiciones de autoridad establecidas. Las políticas unifican el pasado y el presente de tal manera que otorgan coherencia, orden y certeza a las acciones. (Shore 2010).

Desde esta perspectiva consideramos que el término política permite hacer visibles procesos de cambio social, en este caso específico, la reformulación de la relación entre individuos, Estado y sociedad durante el período 1990 a la actualidad.

Para poder analizar lo que las políticas significan debemos considerar los contextos socioeconómicos, políticos e históricos más amplios en los cuales están inmersas y el rol social que cumplen. Oszlak y O'Donnell señalan que la política estatal deviene un conglomerado de acciones y omisiones que son manifiestas en una intervención estatal determinada respecto a una cuestión que implicó el interés y la movilidad de actores en la sociedad civil (Oszlak y O'Donnell; 1975).

El análisis de las políticas públicas esto es de como los gobiernos, las ONG's y las organizaciones civiles actúan en el ámbito de los asuntos públicos.

Por supuesto no todos los grupos tienen los mismos recursos de poder para ser escuchados y hacer que

“el gobierno haga algo al respecto”. El Estado se convierte en la arena política donde se dirimen en términos de relaciones de fuerza las tensiones, intereses y demandas de los diferentes grupos.

En muchos casos, los mismos sistemas políticos impiden que las reivindicaciones se conviertan en problemas políticos o incluso que sean formuladas.

Aspectos metodológicos

El abordaje antropológico se propone en términos de Rockwell (Rockwell 2009) “documentar lo no documentado”. ello significa hacer visibles los sujetos y grupos que han intervenido y siguen interviniendo en el período 1990 a la actualidad en la construcción de políticas públicas orientadas a resolver la escasez de enfermeros.

El fenómeno de la escasez configura un “campo” en términos bourdieanos (Bourdieu; 1988; 1997; 1999) atravesado por distintos grupos de sujetos e instituciones con múltiples intereses (Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Ministerio de Trabajo, Ministerio de Economía, Asociaciones profesionales, Gremios, sector privado de educación y salud, corporación médica) . Muchas veces estos intereses no encuentran un punto de acuerdo que permita definir un plan estratégico de trabajo para dar respuesta a la demanda y necesidad de enfermeros.

Frente a este escenario, consideramos que un eje central para el abordaje de la escasez de enfermeros es el que hace referencia al análisis antropológico de las políticas públicas desde el reconocimiento de que la formulación de políticas es una actividad sociocultural, regida por leyes, profundamente inmersa en los procesos sociales cotidianos, en los discursos y en las prácticas culturales que crean y sostienen nuestros mundos sociales. El análisis de la escasez desde un abordaje antropológico centrado en las políticas públicas puede ayudar a trazar un mapa de regularidades y transformaciones, es decir rupturas y continuidades que presentan estas políticas como así también de los espacios de consenso y disputa entre los distintos grupos y sectores involucrados lo cual consideramos que permitirá ampliar la mirada sumando herramientas al análisis de la escasez de enfermeros.

La construcción de un “mapa de sentidos” de las políticas públicas especialmente en el ámbito de la Salud y la Educación podría funcionar como el puntapié inicial para el desarrollo de estudios desde una perspectiva más amplia que incorpore al análisis de la escasez, por ejemplo las políticas públicas del Ministerio de Trabajo con miras de incorporar “nuevas perspectivas para viejos problemas de la Enfermería”.

Por ello es que en el presente trabajo nos hemos propuesto hacer visibles las políticas públicas acerca de la escasez de enfermeros implementadas a partir de la década de los 90' hasta la actualidad en educación

y salud, señalando las trayectorias construidas a partir de ellas.

Resultados

La presente investigación permitió generar una periodización a nuestro entender novedosa de las principales transformaciones ocurridas en la enfermería argentina desde la mitad del siglo XX a la actualidad: el giro que produjo el peronismo, las transformaciones ocurridas durante el desarrollismo, el impacto del neoliberalismo (en sus dos etapas; la primer etapa bajo la dictadura militar del 76' y un segundo período evidenciado durante la década de los 90') y el período Kirchnerista que también presenta dos momentos: un primer momento que va desde el 2003 al 2006 y luego del 2006 en adelante y que fue objeto de estudio.

La consulta de fuentes estadísticas nos permitió trazar un mapa nacional del escenario actual de la distribución de la fuerza de trabajo de enfermería argentina del sector público de salud que a su vez fue puesto en relación con estadísticas de los 70' y de los 90' en nuestro país lo que hizo evidente que la escasez de enfermeros es una problemática instalada que se ha mantenido constante con distintos matices y niveles de visibilidad aún en momentos históricos muy diferentes.

Se relevaron cerca de cincuenta documentos y declaraciones sobre Proyectos jurisdiccionales de Enfermería, Políticas de Enfermería para el Decenio 2000 en Asociaciones profesionales y educativas a nivel

nacional, legislación del Ministerio de Educación y de salud de la Nación, y el Plan de Profesionalización de Auxiliares de Enfermería, en el período 1990-2011.

El análisis documental evidencia un punto de inflexión a mediados del 2000 que define claramente dos momentos en la formación. El primer momento que va desde la década de los 90' y se mantiene hasta el 2005, se caracteriza por formulaciones aisladas en desacople con el contexto nacional y mundial y un débil acompañamiento estatal en términos políticos y económicos. Un ejemplo de ello lo constituye el Programa de Profesionalización 1993-1999. En 1988 se habían realizado reuniones de enfermeras con representación nacional y provincial, pertenecientes a docencia y servicio para discutir la situación del país, los cambios producidos en los modelos económicos y sociales y para elaborar líneas de acción para el crecimiento del sector.

Los proyectos formaron parte del “Plan de Desarrollo Integral de Enfermería para Argentina” y en ello se comprometieron los esfuerzos no sólo de las enfermeras, sino de los gobiernos provinciales, involucrando niveles políticos y técnicos, institucionales y sociales de cada región, articulando los sectores educativos y asistenciales, e instancias profesionales y gremiales. Este plan que se desplegó plenamente durante la década del 90' en consonancia con el desarrollo de la segunda etapa del neoliberalismo, caracterizada como la década del auge neoliberal, signada por las políticas de ajuste fiscal, privatizaciones de empresas del

sector público, achicamiento del Estado y apertura de los mercados. Estas políticas marcaron el decenio con un aumento sin precedentes de la pobreza, la indigencia y la exclusión social producto de la concentración de la riqueza. El sistema de salud argentino quedó fuertemente debilitado luego de la aplicación de recetas neoliberales. Las líneas maestras de esa política quedaron plasmadas en el documento “Invertir en Salud”, elaborado por el Banco Mundial en 1993. La propuesta del organismo multilateral consistía en restringir la actuación estatal a la prestación de un “paquete básico de salud” a los sectores más postergados. Para el Banco Mundial, los restantes requerimientos sanitarios debían mercantilizarse. Este marco político y económico nacional e internacional gravitó fuertemente en la implementación del programa en la medida que la implementación de un “Plan Integral” en un contexto de descentralización de la educación y de la salud con un fuerte retroceso estatal hizo muy difícil su desarrollo y ejecución.

A partir de la segunda mitad del 2000, se observan un conjunto de transformaciones en el contexto nacional educativo que van a incidir marcadamente sobre la formación de enfermeros. La formulación de la Ley de financiamiento educativo 26.075 que destinó el 6% del PBI a la educación, la Ley de Educación técnica 26.058, la Resolución 07/07 de la Tecnicatura superior en Enfermería y en el caso particular de la provincia de Buenos Aires, el Programa provincial de Desarrollo integral de Enfermería “EvaPerón”

aprobado por resolución ministerial N°640/ 09 nos permiten inferir que el cambio en el rumbo político, que se hizo visible en este conjunto de políticas educativas, generó las condiciones necesarias para re impulsar la preocupación por la escasez de enfermeros y transformarla en una ocupación instalada de forma abierta en la agenda de gobierno.

Algunas reflexiones finales

Los resultados presentados permiten realizar algunas reflexiones en torno a cuestiones centrales:

Por un lado, el análisis ha permitido colocar en un primer plano la relevancia de la historicidad de los procesos y la necesidad metodológica de contextualizar los fenómenos que se desea analizar. Hemos visto como los contextos históricos-políticos-económicos locales, regionales, nacionales, latinoamericanos y mundiales han modelado con distintas intensidades las políticas públicas. El hecho de haber construido una periodización (peronismo, desarrollismo, neoliberalismo, kirchnerismo) que gira en torno a hechos pertenecientes al contexto nacional e internacional así lo demuestran.

Por otro lado, el análisis realizado nos permite señalar la pertinencia del abordaje antropológico a la hora de analizar procesos sociales como la escasez de enfermeros, en la medida que permite desentrañar la multiplicidad de sujetos sociales que intervienen en la problemática así como también sus distintos intereses ya sea individuales como colectivos.

Asimismo, la inclusión al análisis de la escasez de la perspectiva de las políticas públicas desde su consideración como construcciones sociales permeadas por intereses diversos, permite hacer visibles, el papel preponderante de las relaciones de poder en términos de tomar posición a favor de unos en desmedro de otros.

Por último consideramos que este tipo de abordaje constituye un campo fértil para el desarrollo de futuras líneas de investigación del fenómeno de la escasez ya sea en el área del desempeño laboral, el de la formación, el plano económico y por supuesto el político que los atraviesa a todos.

Bibliografía

Bourdieu, P.: *De las reglas a las estrategias*.

En: Cosas dichas, Bs. As., Gedisa, 1988. pp. 67-82.

Bourdieu, P. 1997a: *Espíritus de Estado. Génesis y estructura del campo burocrático*. En: Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción. Anagrama, Barcelona.

Bourdieu, Pierre: *Comprender*, en La Miseria del Mundo. Madrid, Fondo de Cultura Económica, 1999, pp 527-557.

Bourdieu, P. (1991): *El sentido práctico*. Madrid, Taurus Ediciones. Caps. 2, 5, 6y 8

Castrillón M. C. (2008) *Pensando en la formación de futuros profesionales de enfermería en América Latina*. Invest Educ Enferm.;26 (2 supl): 114-121.

CIE/OMS. (2010) Consejo Internacional de enfermeras / Organización mundial de la salud. La Comunidad de enfermería, políticas macroeconómicas y de finanzas públicas: *Hacia una mejor comprensión*. Centro Internacional para los recursos humanos de enfermería. CIE/OMS.

CIE. (2004) Consejo Internacional de Enfermeras. *La escasez de enfermeras especialistas en el mundo: Problemas y actuaciones*. Ginebra.

Codato, A. y A. Perissinotto, R. 2001, *El Estado como institución. Una lectura de las "obras históricas" de Marx*. En: Revista Crítica Marxista, N° 13, Boitempo Editorial, Campinas.

Costa Mendes I. A., Palucci Marziale M. H. (2008). *Escasez de trabajadores cualificados en la salud: Una llamada a la acción de la enfermería*. Revista Latino-am Enfermagem. março-abril; 16(2):175-6. [on line] disponible en: www.eerp.usp.br/rlae

Cirianni, Maluca. Haciendo historia. Revista CEBAS. (entrevista) N°5. Ministerio de Salud. Provincia de Buenos Aires. S/A

Edelman Murray. (1991) *La construcción del escenario político*. Edic Manantial.

Ferrer, Aldo. *La construcción del Estado neoliberal en la Argentina*. Revista de Trabajo. Año 8. N° 10. Julio / Diciembre 2012.

Gentili, P. (1998): *El consenso de Washington y la crisis de la educación en América Latina en Neoliberalismo vs. Democracia*, (Compilado por Alvarez Uría et al) Editorial La Piqueta, Madrid.

Gledhill, J. 2000. *El poder y sus disfraces. Perspectivas antropológicas de la política*. Ediciones Belaterra, Barcelona. Grassi, E., Hintze, S. y Neufeld, M. R.(1994): *Políticas Sociales. Crisis y ajuste estructural*.Espacio Editorial, Buenos Aires.

Heredia, A. M., Malvárez, S. *Formar para transformar: Experiencia estratégica de profesionalización de auxiliares de enfermería en Argentina, 1990-2000*. OPS. [on line] Disponible en http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS_ARG/Pub54.pdf

Malvárez, S. (2006) *Recursos humanos de enfermería: desafíos para la próxima década*. Rev. Fac. Cienc. Méd. Julio - Diciembre.

Malvárez, Silvina y María Consuelo Castrillón Agudelo, Panorama.

De la fuerza de trabajo en enfermería en América latina. OPS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 39, 2005. Washington, Pág. 2.

Malvárez, Heredia, Espino editores. (2005). *La profesionalización de auxiliares de enfermería en América Latina*. OPS/OMS.

Mendes de Miranda, A. 2005. *Antropología, Estado moderno y poder: perspectivas y desafíos de un campo en construcción*. En: Avá. Revista de Antropología, 7: 128-146.

Morin, E. (1994): *Epistemología de la complejidad en Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*, Dora F. Schnitman (comp.) Editorial Paidós.

Observatorio de Recursos Humanos en Salud en las Américas 1999-2004: *Lecciones aprendidas y expectativas para el futuro*. Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos, OPS/OMS. [on line] disponible en : www.observarh.org/

Oszlak, Oscar; O'Donnell, Guillermo.(1995) *Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación*. Redes, Vol. 2, Núm. 4, pp. 99-128. Universidad Nacional de Quilmes.

Políticas Públicas: Marco conceptual metodológico para el estudio de las políticas públicas. (2007). Dirección de Investigaciones. Instituto Nacional de la Administración Pública Subsecretaría de la Gestión Pública. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Mayo. [on line] disponible en: www.sgp.gov.ar

Poulantzas, N. 1991: *El problema del estado capitalista* en: Tarcus, H. Debates sobre el Estado Capitalista, Imago Mundi, Bs. As.

Puntel de Almeida, M. C., Rocha J. S. (1989). *O saber de Enfermagem e sua dimensão prática*. 2º edic. Cortez Editora.

Ricoeur, Paul(2000): *Del texto a la acción*. Buenos Aires, FCE. “Acerca de la interpretación”, pp. 15-36.

Ricoeur, Paul: *La vida: un relato en busca de un narrador*, En: Educación y Política, Buenos Aires, Docencia, 1984.

Rockwell, Elsie: *La experiencia etnográfica. Historia y cultura en los procesos educativos*. Buenos Aires, Paidós, 2009. Cap. 2 *Reflexiones sobre el trabajo etnográfico*; pp. 41-99.

Shiratori, K., Teixeira, M. S., Handem, P., Formozo, G. A. Costa, T. L., Ferreira, A. C. M., Cavalcante, T. (2005) *processo de trabalho da enfermagem e a dignidade dos profissionais*. Enfermería Global. nov.(7).

Shore, Cris (2010) *La antropología y el estudio de la política pública: Reflexiones sobre la “formulación” de las políticas*. Antropología De La Política Pública. Enero - Febrero 2010.21-49 / Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7440/antipoda10.2010.03>

Inauguración de la Escuela de Enfermería “Irma Laciari de Carrica”

Lic. Ramón Alvarez



El 7 de Mayo de 2014, se inauguró el edificio Escuela de Enfermería “Irma Laciari de Carrica” en la Universidad Nacional de Lanús.



El acto contó con la presencia de la señora Rectora de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa), Dra. Ana Jaramillo (primera derecha), el Director del Departamento de Salud Comunitaria de esta universidad, Dr. Hugo Spinelli, (segundo derecha) el Director de la Escuela de Enfermería “Irma Laciari de Carrica” Lic. Ramón Alvarez (tercero izquierda) , el hijo de la enfermera que lleva el nombre de la Escuela, Sr. Hector Carrica (segundo izquierda) y autoridades locales de salud y educación.





Patio interior central

El nuevo edificio se pudo lograr gracias al aporte nacional y la gestión de la Rectora Ana Jaramillo, que reconoció los logros de la Carrera de Licenciatura en Enfermería de la UNLa en cuanto a la acreditación internacional de calidad otorgada por el Sistema de Acreditación Regional de Carreras Universitarias de los Estados Partes del Mercosur y Estados Asociados “ARCUSUR”.



Vista interior laboratorio/gabinete aula 5

Estas nuevas instalaciones permitirán mejores condiciones de enseñanza y aprendizaje de la enfermería, ya que cuenta con dos laboratorios/gabinetes de prácticas, equipados completamente, uno de ellos con posibilidades de dividir o ampliar en función del número de estudiantes, además del resto de las aulas, diseñadas con confort, elegancia y practicidad por

parte del Arq. Agustín Moscato, la dirección de obra y planificación física fue dirigida por el Arq. Daniel Giovanini, y la inspección de obra estuvo a cargo del Arq. Fabián Naspleda.



Irma Laciari de Carrica

¿Porqué el nombre de Irma Laciari de Carrica? Porque los valores que defiende la Universidad Nacional de Lanús, y con ella su Escuela de Enfermería, son absolutamente congruentes con los valores que defendió Irma Laciari de Carrica, esto es:

- la defensa de la democracia, la participación política, la construcción de ciudadanía,
- la defensa de los derechos humanos,
- la inclusión social y equidad,
- la solidaridad, compromiso social y espíritu cooperativo.

Esto hace que el nombre de Irma Laciari de Carrica, a esta Escuela de Enfermería, subraye los valores con que nos comprometemos a seguir trabajando desde este lugar.

Irma Carrica los defendió con la vida, y pudo ser al mismo tiempo dulce y valiente cada vez que se ponía su uniforme de enfermera para ir en auxilio y consuelo de sus compañeros torturados, muchas veces, luego desaparecidos. Otros han podido dar testimonio del importante significado que tuvo para ellos, en momentos tan difíciles, este auxilio y consuelo.

Irma es el ejemplo de la enfermería que queremos para nosotros, comprometida con la vida, con la salud comunitaria, con la salud pública, fundamentalmente una militante. La enfermería que entiende que no es con el silencio que se ganan las batallas importantes, la enfermería que entiende que su presencia es importante en un proyecto de país inclusivo, con búsqueda de ampliación de derechos, como el que estamos transitando en la actualidad.

Irma nos acompañará en esta Escuela de Enfermería, desde ahora y para siempre, con su nombre, su imagen y su ejemplo.



Programa de verano 2014

Desde el año 2004 la Universidad Nacional de Lanús desarrolla el Programa de Verano durante el mes de enero. Los espacios pensados para fines académicos, se convierten en un predio donde alrededor de 500 chicos entre 5 y 12 años de edad provenientes de comedores infantiles de los partidos de Lanús, Lomas de Zamora y Almirante Brown, disfrutaban de una suerte de colonia de vacaciones, donde desarrollan actividades tales como: deportes, teatro, danza, artesanías, percusión, collage, ajedrez y taller de artes y oficios, además aprenden a trabajar la madera el metal y la utilización de máquinas y técnicas de trabajo industrial, siempre bajo el cuidado y la supervisión de profesionales y personal capacitado para el cuidado de los niños, docentes, profesores de educación física y ayudantes que se ocupan no solo de organizar actividades sino también de asegurar un refuerzo de almuerzo al ingresar y una merienda para la tarde antes de retirarse. Los niños asisten durante la tarde y son retirados de los diferentes comedores por micros que los llevan hasta la Universidad y luego de las actividades se encargan de llevarlos a sus respectivos comedores nuevamente. Además cuenta con la colaboración de un médico que asiste diariamente con la intención de dar un primer apoyo en una situación de emergencia a la espera de un servicio de ambulancia previamente contratado y con la colaboración de un equipo de médicos de distintas especialidades que visita la colonia durante dos o tres días, realizando un relevamiento de las patologías más frecuentes en los niños atendidos.



Los derechos de los niños no se toman vacaciones

Esta propuesta se gesta desde las entrañas mismas de un proyecto académico que entiende una universidad de puertas abiertas y con un compromiso social que propone dar respuesta a la comunidad de la que forma parte.

En el año 2014 la coordinación de esta actividad de verano quedó a cargo del Departamento de Deportes y Recreación bajo el lema de: “Los derechos de los niños no se toman vacaciones” y convocó para colaborar en el desarrollo de estas actividades a un grupo de enfermeros y estudiantes de enfermería que habían comenzado a nuclearse en una agrupación independiente, con la convicción de desarrollar dentro y fuera de la universidad espacios de trabajo socio-sanitarios. La agrupación, denominada “La Carrica” lleva este nombre en reconocimiento a Irma Laciari de Carrica, enfermera que habiendo demostrado un profundo compromiso por el trabajo comunitario, paso a integrar la larga lista de desaparecidos que generó el gobierno militar en el año 1977.

La presencia de la agrupación “La Carrica” dentro de la colonia se volvió esencial para el desarrollo de este proyecto, ya que se ubicó como único apoyo profesional en cuestiones de asistencia sanitaria de carácter diario para el cuidado de la salud de los niños. Se creó un consultorio de enfermería para la atención de emergencia, además se propuso a los organizadores el poder llevar adelante controles de “niño sano”, en donde se incluían medidas antropométricas, signos vitales, datos de escolaridad, grupo conviviente, condiciones

socio-sanitarias, exámenes cefalo caudales para la detección de problemas agudos o crónicos ligados al tipo de alimentación y a las características habitacionales de las que provienen los chicos, e identificación de zonas con mayor demanda en cuanto a saneamiento. Desde nuestra forma de entender a la salud y a la enfermedad como parte de un proceso, sociopolítico e histórico, se desarrollaron las actividades de controles de todos los niños, se intervino en situaciones de emergencia, trabajando con equipos móviles y puestos fijos con botiquines portátiles que recorrían el predio realizando tareas de prevención y asistencia con la intención de disminuir la posibilidad de accidentes y dar una respuesta más rápida descentralizando el consultorio como único punto de atención y derivando al servicio médico de ambulancia en los casos que se consideraba necesario.

Hemos contado con la colaboración y el total apoyo de la dirección de la Carrera de la Licenciatura en Enfermería quienes no solo nos estimularon para el desarrollo de esta actividad, sino que además nos facilitaron los



elementos necesarios para llevarla a cabo, como el uso de la balanza, carros para insumos de enfermería, silla de ruedas, camilla, biombo y demás elementos necesarios para el armado del consultorio, quedando a cargo del Departamento de Deportes y Recreación la compra de todos los insumos descartables para la atención, así como también contamos con la presencia de un equipo de médicos que durante tres días trabajaron junto a enfermería para la atención asistencial y los controles. La detección temprana en las tareas diarias de los enfermeros dieron respuesta a todo tipo de problemas, desde la alimentación deficiente reflejados en el bajo peso o el exceso del mismo, alteraciones gastrointestinales, trastornos en la evacuación, en el descanso, en la higiene, en evoluciones por incumplimiento de tratamientos, pediculosis, infecciones bucodentales,

ópticas, oftálmicas, traumatismos varios, entorsis, esguinces, fracturas, lesiones de todo tipo, cortes, contusiones, abrasiones y hasta trastornos respiratorios severos. En todos los casos que se consideraba pertinente, los niños volvían a su casa con una nota indicando las acciones realizadas por el personal de enfermería, la necesidad o no de continuar con algún tratamiento en el hogar y la sugerencia de la consulta con el médico tratante. Consideramos que la experiencia fue muy positiva para todos los actores que intervinieron en ella. Desde la mirada personal de aquellos que pudimos sumarnos a esta actividad fue sumamente movilizador, nos unió como grupo de trabajo y permitió a quienes eran más nuevos en la carrera, tener un acercamiento a un trabajo de campo real y fuera del ámbito hospitalario.



El trabajo fue considerado exitoso, no solo por una evaluación autocrítica de quienes tuvimos el placer y el honor de ser parte de este proyecto, sino también por los organizadores, quienes pudieron apreciar que la presencia de la enfermería dentro de la colonia fue de suma importancia y le dio un carácter diferente a las necesidades individuales y colectivas de los niños participantes. Se evidenció un acompañamiento constante y se hizo notoria la identidad con que se han formado los enfermeros de la UNLa, con una mirada diferente hacia la persona cuidada, con una clara inclinación a la atención primaria, poniendo el énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, actuando con profesionalismo ante la emergencia y mostrando la impronta de un sello propio que habla por sí solo una enfermería que no repli-

ca modelos hegemónicos anquilosados en el sistema, sino que es capaz de generar espacios propios para desarrollarse como una profesión independiente, demostrando que está capacitada para dar respuesta a los problemas de la sociedad en la que vive.

