

número 3

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. Mónica González
Universidad Nacional
de Mar del Plata

Lic. Dolores Latugaye
Universidad Austral

■ DIRECTORES EDITORIALES

Mg. 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 Lic. de Enfermería
Universidad Nacional de Lanús, Argentina.

■ COMITÉ EDITORIAL

Mg. Daniela Escudero
Universidad Adventista del Plata

Mg. Cecilia Rossi
Universidad Nacional de Rosario

Mg. Judit Figueira
Universidad Adventista del Plata

Dr. Daniel Gutiérrez
Universidad Adventista del Plata

Dra. Silvina Malvares
Universidad Nacional de Córdoba

Dr. Pablo Sraccia
Universidad Nacional de Mar del Plata

Mg. Ana Lía Mesquida
Universidad Nacional de Santiago del Estero

Mg. Ana María Heredia
Universidad Nacional de Quilmes

Dra. María Cristina Cometto
Universidad Nacional de Córdoba

Mg. Gloria Montenegro
Universidad Nacional de Misiones

Dra. Hilda Velázquez
Universidad Nacional de Misiones

■ COMITÉ DE REFERATO

Mg. Ana María Heredia
Directora Lic. Enfermería
Universidad Nacional de Quilmes

Lic. Ramón Álvarez
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 Insaurrealde
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



Sumario

Relatos de
experiencias

12

Las actividades de extensión como estrategias en la formación de enfermería.

Santa María, Sergio Javier.

18

Experiencias de un voluntariado universitario, su impacto en la formación de enfermería.

Homar, Mabel Beatriz, Gross, Estela Mercedes, Santa María, Sergio Javier, Schmidt, Yanina Soledad.

Reflexiones

26

El alumno adulto que aprende y la educación a distancia.

Dominguez Guillermo Oscar

Artículos
originales

40

Sobrevivir a la carga del cuidado es sentir, cuidar y seguir.
Martha Adiola Lopera Betancur

52

El ECOE desde la perspectiva de los estudiantes.
Galeano, Humberto; Garcia, Silvia J.; Gómez, Fernando; Luque, Ana B.;
Radlovachki, Lidia R.; Sendra, Elva M.

64

**Factores Laborales y Extra Laborales de ausentismo
en el personal de Enfermería de Hospitales Públicos de la
provincia de Entre Ríos. Argentina, septiembre de 2014.**
Rougier, Ana Delia. Gross, Estela Mercedes. Robiolo, Lidia Yolanda.
Santa María, Sergio Javier. Schmidt, Yanina Soledad.

80

**Impacto laboral en graduados de la carrera de enfermería
de la Universidad Adventista del Plata.**
Escudero, D.; Morales I.; Bertuccio A.

90

**Seguimiento e inserción de egresados enfermeros,
de la Universidad Adventista del Plata. 2013**
Escudero, D.; Morales I.; Bertuccio A.

Artículos
históricos

98

**Enfermería: 100 años de historia en la provincia
de San Juan. Argentina. Período 1915- 2015.**
Margarita Ana Maldonado

Desafíos

Enfermería & Educación / año 2014

Editorial



Mg. Ana María Heredia
Presidente AEUERA

Desafíos órgano de difusión de la Asociación de Escuelas de Enfermería de la República Argentina se encuentra en un proceso constante de crecimiento considerando que el producto y el proceso de la actividad científica son dependientes de la comunicación eficaz y las revistas son importantes vehículos para divulgación del conocimiento.

Nos proponemos como Asociación ir progresivamente construyendo la revista para ganar prestigio y reconocimiento nacional e internacional, ir progresando para la indexación en bases de datos, fuente de diseminación y control bibliográfico de la producción.

Fundamentalmente queremos mostrar la producción que se realiza en las universidades nacionales y privadas para que pueda ser utilizada por todos los enfermeros que se encuentran contribuyendo al cuidado de salud de las personas, familias, grupos y comunidades de modo que las decisiones que tomen en el cuidado sean fundamentadas, que sean las más acertadas, que sea el cuidado sea seguro y de calidad.

En un estudio realizado por Maria Helena Marziali cuyo objetivo fue identificar entre las revistas brasileñas cuáles están indexadas en bases de datos internacionales e identificar junto a sus editores los problemas encontrados para esas indexaciones.

Los resultados mostraron que de 21 revistas evaluadas ninguna está indexada en el ISI ni en el Journal Citation Report, 4,8% está indexada en la SciELO, 4,8% en la PsycINFO, 4,8% en la CAB HEALTH y CAB ABSTRACT, 4,8% en la Linguist and Language Behavior Abstract, 4,8% en Periodicals Tables of American Contents, 19% en CUIDEN, 19% en MEDLINE, 19% en CINAHL, 66,7% en LILACS y 100% en ULRICH'S.

Las dificultades encontradas por los editores para la inclusión de revistas en las bases de datos internacionales son: manutención de la puntualidad debido a falta de recursos financieros, adopción de normas nacionales de publicación, déficit de citas bibliográficas en inglés y contenido editorial de las revistas.

Sin embargo, han sido esfuerzos direccionados para la mejoría de la calidad editorial y la universalización del conocimiento producido por la Enfermería brasilera.

Estos resultados dan cuenta de los procesos que transitan los países para llegar a la difusión del conocimiento cabe destacar que Brasil en un país que tiene más de tres décadas de desarrollo de pos grados maestrías y doctorados.

La finalidad de su presentación es saber que son procesos lentos pero que nos desafían para trabajar en forma colectiva de manera de llegar a la meta planteada.

Hemos comenzado seguiremos adelante, necesitamos tiempo y decisión política de llevarlo adelante. ■

Las actividades de extensión como estrategias en la formación de enfermería.

Santa María, Sergio Javier ¹

■ Palabras claves

Extensión Universitaria
Estrategias
Formación
Enfermería

■ Contacto

santamariasj@yahoo.com.ar

¹ Santa María, Sergio Javier. Licenciado en Enfermería. Docente Ordinario de la carrera Licenciatura en Enfermería. Secretario Académico de la Facultad de Ciencias de la Vida y la Salud. Universidad Autónoma de Entre Ríos.

Resumen

Las funciones de la universidad implican la extensión, la investigación y la enseñanza donde los actores universitarios deben tener participación en cada una de ellas. Particularmente las actividades extensionistas implican una fuerte vinculación de las universidades con el medio, las cuales podrían ser sumamente importantes en la Formación de Enfermería ya que se requiere de un significativo involucramiento humano y social, sobre todo, para responder a las necesidades de salud de la población mediante la interdisciplinariedad y la creatividad.

En torno a las nuevas tendencias de la Extensión Universitaria se pretende incentivar propuestas para potenciar la Formación de los futuros profesionales, inspirar, el trabajo en la integración de las funciones de la Universidad y posibilitar una aproximación hacia una actitud de apertura a los saberes de los actores sociales.

El presente artículo pretende difundir una actividad de extensión del que participaron estudiantes del tercer año de la carrera Licenciatura en Enfermería (Extensión Áulica Villaguay) de la Facultad de Ciencias de la Vida y la Salud, dependiente de la Universidad Autónoma de Entre Ríos. Estas socializar propuestas serían una forma de aportar Estrategias innovadoras respecto a la docencia universitaria y a la promoción de la salud en sus aspectos preventivos - comunitarios para enfrentar las demandas sanitarias.

Salud, universidad y extensión.

La Promoción de la Salud es esencialmente protectora y de fomento de estilos de vida saludables, dirigiendo esfuerzos tanto a la población general como a los individuos en el contexto de su vida cotidiana; busca actuar en lo colectivo sobre los determinantes de la salud, promueve el desarrollo humano y el bienestar tanto de la persona sana como enferma.

Desde la carta de Ottawa se estableció que la Promoción de la Salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma (1). Para ello la prevención primaria pretende un conjunto de actividades dirigidas a reducir el riesgo de sufrir enfermedades mediante la disminución de los factores de riesgo o de la probabilidad de su ocurrencia (2). Diversas instituciones deben participar de estas acciones en las que se incluyen a las universidades, por sobre todo, aquellas que se encargan de la formación de recursos humanos en salud ya que deben realizar una devolución a la sociedad, dado que no sólo tienen la responsabilidad respecto a la enseñanza sino que además frente a la investigación y la extensión.

En Atención Primaria de la Salud, la promoción y la prevención son instrumentos que permiten sociedades más saludables y Enfermería cumple un papel

protagónico enfocándolos al cuidado de las personas y las comunidades. Motivo por el cual los estudiantes de esta carrera deben tener un temprano contacto con este tipo de actividades, las cuales se deben asegurar con prácticas curriculares pre-profesionales supervisadas, a un nivel de complejidad acorde y contando con la disposición de espacios seleccionados de acuerdo a los objetivos de aprendizaje (3).

Las actividades de Extensión Universitaria significan un proceso educativo transformador donde necesariamente no existan roles estereotipados entre educadores y educandos, donde todos pueden aprender y enseñar. Un proceso que contribuye a la producción de conocimiento vinculando críticamente al saber científico con el saber popular, a fin de promover formas asociativas y grupales que tiendan a superar problemáticas significativas a nivel social. En otras palabras, permite orientar líneas de investigación y planes de enseñanza en base a un compromiso universitario con la sociedad, constituyéndose como una metodología de aprendizaje integral y humanizadora (4).

Algunas universidades de nuestro país han comenzado su primeros pasos en este sentido con diversas estrategias extensionistas posibilitando el trabajo interdisciplinario, la integración de las funciones universitarias, el diálogo de saberes y la participación activa de los actores sociales y universitarios, impac-

tando en la producción académica desde las propias experiencias para contribuir a la reflexión crítica sobre la realidad social y sobre los procesos de intervención (5).

La experiencia

En el marco de un proyecto de Voluntariado Universitario de la Secretaría de Políticas Universitarias, denominado “La Onda saludable”, se llevaron a cabo actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades vinculando distintos actores e instituciones de la Ciudad de Villaguay (Provincia de Entre Ríos), en base a un diagnóstico situacional que realizaron los estudiantes de la 3° cohorte de la Licenciatura en Enfermería (Extensión Áulica Villaguay) respecto al desconocimiento sobre estrategias de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la comunidad villaguayense.

Los objetivos planteados en el proyecto consistieron en:

- Desarrollar actividades para la promoción de la salud, prevención de enfermedades y el autocuidado.
- Recurrir a la educación para la salud, la comunicación social, la participación comunitaria y la interdisciplinariedad en el desarrollo de las actividades.
- Trabajar interdisciplinariamente, promover el diálogo y la interacción creando un ámbito de análisis reflexivo entre los actores universitarios y sociales.

Participaron del proyecto trece estudiantes voluntarios del tercer año de la carrera, cuatro docentes y un personal administrativo, quienes materializaron la propuesta involucrando a la población en general. Se pudo de esta forma vincular la Universidad Autónoma de Entre Ríos con instituciones como la FM Municipal, el Colegio Nacional Martiniano Lequiza-món, la Escuela Nacional de Educación Técnica N°1 Dr. Conrado Etchebarne y el Centro de Jubilados Provinciales y Nacionales “Los Aromos”.

Las actividades se desarrollaron ordenadas en tres etapas durante el transcurso de 11 meses comprendiendo los años 2013 – 2014. En la primera de ellas se establecieron criterios entre los actores universitarios respecto a la organización, intercambio de opiniones, planificación de estrategias y talleres sobre presentación de trabajos, entrevistas, elaboración de informes y elaboración de material audiovisual.

La segunda etapa estuvo comprendida por emisiones radiales desde la FM Municipal (90.7 MHz), en un programa denominado “La Onda Saludable”, conducido por docentes, estudiantes voluntarios y especialistas invitados durante una hora semanal mientras duró el proyecto. En los espacios radiales se trataron temas sobre promoción de la salud y prevención de enfermedades, desde diversos enfoques como obesidad; sedentarismo, afecciones respiratorias, dengue; embarazo adolescente, enfermedades de transmisión

sexual, anorexia y bulimia, hábitos saludables para una buena alimentación en distintos grupos etarios, adicciones, autocuidados en la mujer, autocuidados en enfermedades crónicas.

La tercera etapa del proyecto consistió en charlas y talleres respecto a la promoción, prevención y autocuidado a estudiantes de polimodal desarrolladas en las escuelas antes mencionadas y a la población en general que asistió al salón del centro de jubilados donde se realizó una serie de encuentros.

El cierre del Proyecto se realizó mediante una Radio Abierta en la plaza principal de la Ciudad ofreciendo desde un puesto sanitario controles de Tensión arterial y glucemia a las personas que pasaban por la vía pública.

Conclusiones

Si bien las actividades de este tipo de proyectos no son curriculares, permitió generar una práctica educativa donde los actores universitarios afianzaron conocimientos, actitudes, compromiso social, permitiendo un ámbito de análisis y reflexión.

La vinculación de la Universidad con instituciones de la sociedad permitió lograr los objetivos planteados, generando espacios para el empoderamiento de la comunidad, mediante la información, el autocuidado y el incentivo de condiciones favorables para la vida y

la salud. Es de destacar que fue clave el uso de la radio como medio masivo de comunicación, la participación comunitaria y la interdisciplinaridad.

Los estudiantes voluntarios destacaron el contacto con la población villaguayense considerando que un espacio radial resultó un “triumfo” como parte de su formación y los docentes voluntarios concordaron en que la radio fue una herramienta que permitió salirse de la rutina de sus actividades asistenciales y docentes, potenciando el impacto en la sociedad.

Este tipo experiencia demuestran que la Extensión es un “proceso integral y no una práctica aislada en el proceso de formación” (6). En este sentido es importante remarcar que las prácticas deben darse en espacios naturales de aprendizaje, mediante procesos pedagógicos dinámicos, orientados hacia el encuentro interpersonal y dialógico en un profundo respeto por la dignidad humana, la libertad, el pluralismo, la diversidad y la solidaridad.

Es fundamental que pensemos en un proceso de construcción de conocimientos que vincule el saber académico con el saber popular mediante una “ecología de saberes”, es decir una promoción de diálogos entre el saber científico y humanístico que la universidad produce y los saberes legos - populares que circulan en la sociedad (7).

Este tipo de propuestas en el marco de Universidad pueden ser una manera de orientar planes de enseñanza comprometidos con problemáticas de la sociedad desde enfoques que pueden implicar abordajes “interdisciplinarios, integrales y humanizadores con la participación e involucramiento de los actores sociales y universitarios” (8). ■

Bibliografía

- 1) Organización Mundial de la Salud. Salud y Bienestar Social Canadá. Asociación Canadiense de Salud Pública. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Una conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, hacia un nuevo concepto de la Salud Pública. Ottawa (Ontario) Canadá; 17 – 21 de noviembre de 1986.
- 2) García Ospina, C. Tobon Correa, O. Promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención primaria en salud y plan de atención básica. ¿Qué los acerca? Y ¿Qué los separa? Hacia promoción de la salud; (5):7-21. Colombia; diciembre de 2000. PDF. Disponible en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%205_2.pdf
- 3) Asociación de Escuelas Universitarias de Enfermería de la República Argentina. Propuesta de los requerimientos para la acreditación de la carrera de licenciatura en enfermería. Buenos Aires, Abril 2014.
- 4) Universidad de la República. Resolución Consejo directivo Central – Renovación de la enseñanza y Curricularización de la Extensión y las Actividades en el Medio. Montevideo; 27 de Octubre de 2009. Disponible en: http://www.extension.fmed.edu.uy/sites/www.extension.fmed.edu.uy/files/medicina_se_extiende_cdc1.pdf
- 5) Facultad de Ciencias de la Vida y la Salud. Universidad Autónoma de Entre Ríos. Resolución Consejo Directivo N° 0496-14. Régimen de Proyectos de Extensión de Cátedra (PECAT). Paraná, 8 de Octubre de 2014.
- 6) Tommasino, H. Extensión e integralidad: potencialidades y desafíos para las universidades públicas. Servicio Central de Extensión y Actividades en el Medio. Universidad de la República. Uruguay; 2014.
- 7) De Sousa Santos, B. La Universidad en el siglo XXI. Para una reforma democrática y emancipatoria de la universidad. 4ªed. Plural editores, Bolivia; 2007.
- 8) Carrasco, J C. Extensión, instrumento didáctico de la Universidad. En Carrasco, JC; Cassina, R; Tommasino, H. Extensión en obra: Experiencias, reflexiones, metodologías y abordajes en extensión universitaria. Universidad de la Republica. Extensión, Montevideo; 2014.
- 9) MarrinerTomey, A. & Alligood, M. R. Modelos y Teorías de Enfermería. Elsevier. España, 2007.
- 10) Unidad de Proyectos Servicio Central de Extensión y Actividades en el Medio. Universidad de la República Serie “Documentos de apoyo a los proyectos estudiantiles” N° 1: Formulación de proyectos sociales. Uruguay; Mayo, 2009.



Experiencias de un voluntariado universitario, su impacto en la formación de enfermería.

Homar, Mabel Beatriz ¹

■ Palabras claves

Formación en Enfermería.
Integralidad.
Funciones Universitarias.
Voluntariado Universitario.

■ Contacto

mabelhomar@hotmail.com

■ Coautores

Gross, Estela Mercedes
Santa María, Sergio Javier
Schmidt, Yanina Soledad

¹ Licenciada en Enfermería. Docente Ordinario de la carrera Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Vida y la Salud. Secretaria de Extensión Universitaria de la Universidad Autónoma de Entre Ríos.

Resumen

Enfermería cumple un papel protagónico en la Atención Primaria de la Salud, la promoción y la prevención, permitiendo que las sociedades sean más saludables, utilizando como estrategias de acción la asistencia, la docencia y la asesoría, enfocadas en el cuidado de las personas y las comunidades. Para ello, es indispensable incorporar a los estudiantes de enfermería desde su formación en estos aspectos, poniendo énfasis en la Integralidad de las Funciones de la Universidad.

Por medio del presente, se pretende difundir una valiosa experiencia educativa que involucró actividades extensionistas y académicas en el marco de un Voluntariado Universitario denominado “Convivencias Saludables”, el cual fuera presentado en la Convocatoria 2013 de la Dirección Nacional de Desarrollo Universitario y Voluntariado de la Secretaría de Políticas Universitarias del Ministerio de Educación de la Nación e implementado durante el ciclo lectivo 2014. En el mismo, se efectivizó una propuesta del equipo docente de la asignatura Práctica Integradora del tercer año de la carrera Licenciatura en Enfermería y en articulación con las Secretarías de Extensión, Académica y de Bienestar Estudiantil de la Facultad de Ciencias de la Vida y la Salud.

El enfoque sugerido ofrece una vía para encarar el desafío de que todas las actividades de enseñanza, creación de conocimientos y cultura, de manera que puedan vincularse con actividades de extensión, y ser

susceptibles de enriquecer tanto las modalidades educativas como las agendas de investigación.

Desarrollo

La Universidad tiene una responsabilidad Social con la comunidad a la que pertenece, articulándose con los distintos sectores de la sociedad civil, potenciando sus recursos al vincularse tecnológicamente y científicamente con el sector privado, con los organismos estatales y no gubernamentales; en definitiva compartiendo el esfuerzos por elevar la calidad de vida y por lograr una sociedad más justa, lo que implica poner todos los esfuerzos para contribuir al desarrollo social y regional¹.

Los estudiantes de Enfermería, en particular, deben tener un temprano contacto con actividades de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, las cuales se aseguran con las prácticas curriculares pre-profesionales supervisadas a un nivel de complejidad progresivo, contando con la disposición de espacios de práctica como gabinetes de simulación, servicios hospitalarios y comunitarios, seleccionados de acuerdo a los objetivos de aprendizaje².

Considerando las funciones de las universidades y contemplando la necesidad de integrarlas, consideramos que las actividades de Extensión Universitaria pueden ser una valiosa Estrategia para la formación de Enfermería particularmente, ya que podrían

implicar un significativo proceso educativo donde necesariamente no existan roles estereotipados entre educadores y educandos, donde todos pueden aprender y enseñar. Un proceso que contribuiría a la producción de conocimiento, vinculando críticamente el saber científico con el saber popular, a fin de promover formas asociativas y grupales que tiendan a superar problemáticas significativas a nivel social³.

Por otro lado, desde la Extensión se podrían orientar líneas de investigación y planes de enseñanza en pos de un compromiso universitario con la sociedad, constituyéndose además como una metodología de aprendizaje integral y humanizadora⁴.

Algunas universidades de nuestro país, han comenzado su primeros pasos con este nuevo enfoque extensionista a partir de diversos programas nacionales o institucionales como los de Voluntariado Universitario de la Secretaría de Políticas Universitarias, dependientes del Ministerio de Educación de la Nación o mediante Proyectos de Extensión Universitaria o Extensión de Cátedras como ha sido el caso de la Facultad de Ciencias de la Vida y la Salud.

Mediante estos dispositivos se posibilita el trabajo interdisciplinario, el diálogo de saberes y la participación activa de los actores sociales y universitarios, fomentando la integración de la Extensión a la formación curricular de los estudiantes en diversas áreas del conocimiento que podrían favorecer la producción académica desde las propias experiencias

para contribuir a la reflexión crítica sobre la realidad social y sobre los procesos de intervención⁵.

Estas acciones extensionistas pueden tener un profundo impacto en la salud pública, especialmente cuando se afrontan estrategias desde la Atención Primaria de la Salud que es la principal herramienta para batallar las desigualdades que se presentan en las comunidades, puesto que resulta de gran importancia entendiendo que la inequidad sanitaria es realmente un problema de vida o muerte, resultante de causas injustas y evitables, donde se ponen en juego factores de tipo sociales, económicos, culturales, habitacionales, ambientales y educacionales.

A partir de un Proyecto de Voluntariado Universitario en 2014, se abordó un trabajo comunitario de rastrillaje sanitario en la localidad de Sauce Montrull (ubicada a 20 Km de la ciudad de Paraná, provincia de Entre Ríos), que cuenta con una población estimada de 2000 habitantes y un Centro de Salud dependiente del Ministerio de Salud de Entre Ríos, el cual se clasifica como de nivel de Complejidad I y de Riesgo Bajo perteneciendo al Primer Nivel de Atención.

Dicha actividad se realizó en el marco de la formación académica de estudiantes que se encontraban cursando la asignatura Práctica Integradora correspondiente al tercer año de la Carrera Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Vida y la Salud, perteneciendo la misma a la Universidad

Autónoma de Entre Ríos (UADER).

La actividad principal se centró en realizar un relevamiento sanitario de la localidad, aplicando un instrumento en cada domicilio de la comunidad, denominado Encuesta sobre el estado de Salud Integral de la Población, el cual reveló datos relacionados a la salud, condiciones económicas, educativas y habitacionales de los lugareños. Participaron además del emprendimiento estudiantes de la Tecnicatura en Gerenciamiento de Servicios Gastro-nómicos de la Facultad de Ciencias de la Gestión (UADER) y de la carrera de Bioinformática de la Facultad de Ingeniería de la Universidad Nacional de Entre Ríos (UNER). Esta selección de estudiantes de diversas carreras y otras universidades apuntó a reforzar e incorporar el trabajo interdisciplinario, que es la forma de abordar las problemáticas sociales que se caracterizan por su complejidad; y por otro lado a que somos parte de una Universidad pública que tiene como objetivo principal fomentar el compromiso social de nuestros estudiantes a través del trabajo comunitario.

Estas tareas en terreno se desarrollaron durante 5 días consecutivos de convivencia en terreno donde los estudiantes y docentes, además de realizar el relevamiento, cargaron los datos en un software creado por estudiantes de Bioinformática que fue adaptado específicamente para tal fin.

Los estudiantes fueron acompañados y supervisados

en todo momento respecto a las actividades de rastrillaje por docentes de la Cátedra.

Como acciones complementarias se realizaron charlas, talleres de formación que apuntaron a los problemas identificados, estando a cargo de los mismos, referentes provinciales del Ministerio de Salud, referentes locales, estudiantes, docentes de las asignaturas participantes del proyecto, profesionales del centro de Salud, integrantes de defensa Civil y autoridades.

Resulta importante destacar la importancia de los espacios de acercamiento entre los estudiantes y la comuna por lo que se contó con acciones recreativas, charlas y un Fogón la última en la noche del campamento, donde los actores universitarios pudieron intercambiar diferentes situaciones vivenciadas en relación al ámbito de la salud. Vale destacar la planificación de estrategias grupales de teatro y dramatización propuestas por el equipo del Área de Integración Psicopedagógica, dependiente de la Secretaría Académica, que tuvieron como objetivo reflexionar los miedos, las ansiedades, apoyar la vocación, unir al grupo, potenciar las oportunidades, elevar la autoestima y hacer una puesta en común.

Un punto de encuentro entre los participantes se dio en los horarios de las comidas, las cuales se preparaban en una cocina a leña a cargo de los estudiantes de Gerenciamiento en Servicios Gastronómicos, quienes demostraban sus conocimientos adquiridos

en los distintos menús que preparaban.

Conclusiones

Gracias a la implementación de esta estrategia se logró relevar a más de la mitad de la población identificándose su situación demográfica, socio sanitaria y habitacional, en cuanto a estructura familiar, Índice de Masa Corporal, enfermedades prevalentes, consultas odontológicas, vacunación, hábito tabáquico, control ginecológico, control de natalidad, casos de violencia, discriminación, situaciones laborales y ambientales. De los resultados obtenidos de esta importante porción de la localidad de Sauce Montrull se logró realizar una devolución a la comunidad, mediante charlas en donde se generaron instancias de diálogo reflexión, intercambio y talleres con los destinatarios en cuanto a promoción de la salud y prevención de enfermedades.

En función del diagnóstico de situación establecido, con todos sus indicadores sanitarios fueron presentados por la Directora del Centro de Salud, ante autoridades sanitarias de la provincia, para justificar la solicitud de mejoras edilicias y de recursos, en su centro de Salud.

Es destacable dentro de los aspectos en cuanto a la formación de enfermería la posibilidad que existió de Incentivar el compromiso de los estudiantes universitarios con la realidad social, promoviendo su

participación solidaria, orientada al desarrollo en comunidad.

También es de importancia, la tarea docente que se realizó respecto a la concientización y sensibilización de la importancia del trabajo en comunidad abordando diversas modalidades para llevarlo a cabo. Dentro de estas los estudiantes lograron participar activamente en la planificación, ejecución, desarrollo y evaluación de las actividades; y pudieron ser parte de los espacios de capacitación, sensibilización y reflexión sobre las problemáticas detectadas.

Como estrategia pedagógica el equipo docente propuso a los estudiantes realizar un registro de cada situación significativa en un “Diario del Estudiante” y al finalizar el proyecto se realizó un recorrido por las vivencias de las que se destacaron la Valoración del trabajo en equipo, la reafirmación en la vocación por el cuidado, el encuentro de los estudiantes consigo mismo, con sus compañeros estudiantes y con la comunidad, de modo que los motivó a repetir experiencias similares y reconocer la necesidad de este tipo de prácticas curriculares e integrales. La experiencia indica que cuando se realiza enseñanza integrada, en prácticas cotidianas y concretas con estudiantes en terreno, con actores sociales concretos, se modifica el acto educativo en el cual se está inmerso. Por otro lado cuando hablamos de extensión, enseñanza por problemas y

enseñanza activa, los niveles de motivación que encontramos tanto en docentes como en estudiantes, resolviendo situaciones concretas y reales de la gente, en general son mucho más altos que los que genera el modelo áulico ⁶.

La búsqueda de estrategias didácticas posibilitadoras de la construcción y elaboración de nuevos aprendizajes lleva a plantear como alternativa factible la enseñanza a partir de las prácticas de extensión, en la que “se aprende en situación”, implicando un recurso pedagógico que promueve una actitud crítica y comprometida en cuanto al rol profesional gracias a la democratización del conocimiento y la generación de cambios sociales innovadores ⁷.

En este sentido, la política institucional de nuestra Universidad se encuentra transitando un nuevo paradigma con principios que apuntan a “salir al exterior”, “abrir las aulas” y promover un proceso de enseñanza - aprendizaje a partir del cual no solamente es fundamental formar desde lo científico sino también interpretar la realidad que interpela y que demanda nuevos profesionales comprometidos con la realidad social.

Cada año nos encontramos con los vertiginosos cambios sociales y también con nuevos actores y situaciones que desafía al acto educativo con la necesidad de un perfil ágil, sometiénolo a constantes revisiones; pues la pertinencia social es inamovi-

ble y por ende el rol a cumplir por la educación superior implica atender las demandas de sus diversos sectores.

De este modo, desde la Universidad Autónoma de Entre Ríos, en cada una de las propuestas y líneas de acción desarrolladas se ha intentado favorecer el vínculo con la comunidad, propiciando acciones comprometidas con el ámbito local y rectoras del tejido social; desde una perspectiva de integralidad y en la construcción de dialogo con los actores sociales intervinientes.

Desde todas las disciplinas y tradiciones académicas se puede contribuir a impulsar formas de la extensión con tales características, y estrechamente vinculadas tanto con la enseñanza activa como con la auténtica creación de conocimientos.

Acercarse a la comunidad no es, simplemente, proponer y ejecutar una acción aislada, es llevar adelante un proceso sistematizado a través de la ruptura con lo que está naturalizado; es trascender las aulas y construir con el otro.

Para finalizar nos resulta interesante dar a conocer algunos de los testimonios representativos, extraídos de los Diarios de los Estudiantes que reflejan repercusiones personales, que de seguro impactan en su formación profesional.

LISANDRO: “Tengo una mezcla de sensaciones que no puedo explicar con palabras, primero satisfacción porque sé que hicimos un buen trabajo como equipo. Alegría porque conocí a personas nuevas, cansancio...pero no cansancio de querer irme ya, sino el cansancio lindo el que se siente de trabajar, de andar y de hacer las cosas bien”

KAREN: “HOY Hay lagrimas comunitarias, esto es gracias a aquellos que nos abrieron sus puertas con total confianza y nos estremecieron el corazón con un abrazo, con unos mates, con un apretón de mano....”

BELEN: “Me siento muy feliz de haber compartido esta hermosa experiencia en Sauce Montrul, con gente buena, divertida, comprometida y positiva. Agradecida por esta oportunidad de servir a una comunidad con tantas necesidades”

DANIELA: “Me voy con una experiencia inolvidable, sobre todo porque el primer día lo único que quería era volver, y ahora no me quiero ir.....me encanto esta experiencia, muchas gracias por habernos traído hasta acá”.

DAIANA: “Me di cuenta que no era como yo lo imaginaba, fue todo lo contrario, vivir esta experiencia es algo que nunca en mi vida voy a olvidar, que quedara guardada en mi memoria para siempre, una experiencia de la cual saque todo el jugo posible!!!!”

Referencias:

- 1 Jaramillo, A. La universidad frente a los problemas nacionales. Ediciones de la UNLa. Lanús 2002
- 2 Asociación de Escuelas Universitarias de Enfermería de la República Argentina. Propuesta de los requerimientos para la acreditación de la carrera de Licenciatura en Enfermería. Buenos Aires, Abril 2014.
- 3 Tommasino, H. Extensión e integralidad: potencialidades y desafíos para las universidades públicas. Servicio Central de Extensión y Actividades en el Medio. Universidad de la República. Uruguay; 2014.
- 4 Universidad de la República. Resolución Consejo directivo Central – Renovación de la enseñanza y Curricularización de la Extensión y las Actividades en el Medio. Montevideo; 27 de Octubre de 2009. Disponible en http://www.extension.fmed.edu.uy/sites/www.extension.fmed.edu.uy/files/medicina_se_extiende_cdc1.pdf
- 5 De Sousa Santos, B. La Universidad en el siglo XXI. Para una reforma democrática y emancipadora de la universidad. 4ªed. Plural editores, Bolivia; 2007.
- 6 Arocena, Rodrigo, y otros INTEGRALIDAD: TENSIONES Y PERSPECTIVAS. Cuaderno de Extension. UDELAR. Montevideo 2013
- 7 Camilloni Alicia y otros. INTEGRACION DOCENCIA E EXTENSION, otras formas de enseñar y aprender. Ediciones UNL. Santa Fe 2013

Bibliografía:

- Arocena, R. y otros Integralidad: Tensiones y perspectivas. Cuaderno de Extension. UDELAR. Montevideo 2013
- Asociación de Escuelas Universitarias de Enfermería de la República Argentina. Propuesta de los requerimientos para la acreditación de la carrera de Licenciatura en Enfermería. Buenos Aires, Abril 2014.
- Carrasco, J.C. Extensión, instrumento didáctico de la Universidad. En Carrasco, J.C.; Cassina, R.; Tommasino, H. Extensión en obra: Experiencias, reflexiones, metodologías y abordajes en extensión universitaria. Universidad de la República. Extensión, Montevideo; 2014.

- De Sousa Santos, B. La Universidad en el siglo XXI. Para una reforma democrática y emancipadora de la universidad. 4ªed. Plural editores, Bolivia; 2007.
- Facultad de Ciencias de la Vida y la Salud. Universidad Autónoma de Entre Ríos. Resolución Consejo Directivo N° 0496-14. Régimen de Proyectos de Extensión de Cátedra (PECAT). Paraná, 8 de Octubre de 2014.
- García Ospina, C. Tobon Correa, O. Promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención primaria en salud y plan de atención básica. ¿Qué los acerca? Y ¿Qué los separa? Hacia promoción de la salud; (5):7-21. Colombia; diciembre de 2000.PDF. Disponible en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%205_2.pdf
- Jaramillo A. La universidad frente a los problemas nacionales. Ediciones de la Universidad Nacional de Lanús. Lanús, 2002
- MarrinerTomey, A. &Allgood, M. R. Modelos y Teorías de Enfermería. Elsevier. España, 2007.
- Organización Mundial de la Salud. Salud y Bienestar Social Canadá. Asociación Canadiense de Salud Pública. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Una conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, hacia un nuevo concepto de la Salud Pública. Ottawa (Ontario) Canadá; 17 – 21 de noviembre de 1986.
- Tommasino, H. Extensión e integralidad: potencialidades y desafíos para las universidades públicas. Servicio Central de Extensión y Actividades en el Medio. Universidad de la República. Uruguay; 2014.
- Unidad de Proyectos Servicio Central de Extensión y Actividades en el Medio. Universidad de la República Serie “Documentos de apoyo a los proyectos estudiantiles” N° 1: Formulación de proyectos sociales. Uruguay, 2009.
- Universidad de la República. Resolución Consejo directivo Central – Renovación de la enseñanza y Curricularización de la Extensión y las Actividades en el Medio. Montevideo; 27 de Octubre de 2009. Disponible en http://www.extension.fmed.edu.uy/sites/www.extension.fmed.edu.uy/files/medicina_se_extiende_cdc1.pdf



El alumno adulto que aprende y la educación a distancia.

Una discusión teórica-conceptual sobre la experiencia docente en educación de adultos y a distancia

Dominguez, Guillermo Oscar ¹

■ **Palabras claves**

Adulto.
Aprendizaje.
Educación a distancia.
Discusión.

■ **Contacto**

guillermo.oscar.dominguez@gmail.com

¹Licenciado en Enfermería de la Universidad de Rosario. Profesor Universitario de la Universidad de la Cuenca del Plata. Docente de la Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de La Plata. Coordinador de Programas de Docencia e Investigación de la Sala de Docencia e Investigación del Hospital Manuel Belgrano. Provincia de Buenos Aires. Argentina.

Introducción

La auto-superación en términos de crecimiento profesional, en gran parte de la comunidad de enfermería, suele estar signada a fenómenos de resiliencia social, familiar, laboral, económica y especialmente cultural. Sin embargo, creo que se encuentra, además, condicionada al crecimiento personal, humano, dispuesta en una dialéctica tal, que pone en tensión nuestra historia estructural con nuestras aspiraciones y oportunidades coyunturales, aquí y ahora.

En un primer momento mis expectativas estaban orientadas a la formación asistencialista, situación que fue cambiando a raíz del azaroso cambio en el trabajo como enfermero: paso del trabajo en el área de internación al trabajo comunitario, especialmente en comunidades de bajos recursos.

Tal contexto de prácticas profesionales implicó el abordaje de teorías relacionadas con la salud por encima de los conceptos exclusivamente de la atención de las enfermedades. Fue en este ámbito de labor que surge la necesidad del trabajo interdisciplinario, permitiéndome acceder a modelos disciplinares diferentes, ampliándome el horizonte de mi profesión, del cuidado de pacientes internados, al cuidado y autocuidados de personas “sanas” en su barrio, en su domicilio.

La auto-instrucción fue el primer paso, el trabajo interdisciplinario el segundo, la culminación de mi licenciatura y los posteriores posgrados el tercero. En este proceso estuvo presente la posibilidad de forma-

ción en forma presencial, semipresencial, y en otras a distancia.

Menciono mi historicidad, porque no puedo dejar de plantear que la formación del adulto y las características de la misma (en particular realizadas con metodología a distancia) no me son ajenas, vivenciando su proceso a través de mi propia práctica profesional, en mi doble rol: como alumno y como docente.

Con el transcurrir del tiempo, mi trabajo en la gestión de servicios y en la docencia universitaria, en la educación formal y en la no formal y en particular en la educación popular, me fue planteando algunos interrogantes, independientemente de cada uno de estos escenarios, pero hubo uno en especial que motivo mi interés en la investigación educativa: ¿Cómo aprendemos y como enseñamos siendo adultos? A la formación orientada a este grupo etareo (tradicionalmente formado en instituciones escolares pensadas en primera instancia para niños y adolescentes), se incorpora otro actor sujeto a la discusión: la educación a distancia.

La psicología educacional no ha podido completar por sí sola, una conceptualización específica de cómo aprende el adulto. La psicología evolutiva, sin embargo, podría aportar junto con las ciencias sociales argumentos que permiten entender el estudio de las características de la educación y el aprendizaje del adulto.

Si bien, esta modalidad, tiene antecedentes desde hace varias décadas atrás, con el auge de la informatización, y en especial a partir de la creación de las computadoras personales y posteriormente la Internet, plantea nuevos desafíos en la implementación, sostenimiento y evaluación de la educación de adultos y a distancia.

Desarrollo

Son muchos los conceptos sobre adultez que pueden esgrimirse, puesto que los mismos se encuentran condicionados temporal, social y espacialmente. No es la misma concepción la que se observa y/o se observaba en la historia, en comunidades nativas, en poblaciones con estratos sociales y culturales diferentes, lugares geográficos y en las disímiles normativas legales, entre otras.

La Organización Mundial de la Salud, por ejemplo, entiende desde un punto de vista cronológico, que toda persona es adulta a partir de los 25 años (en un principio era calculado a partir de los 21 años). Sin embargo, y citando otro ejemplo, desde la tendencia neoliberal y economicista de la última década, ser adulto, era aquel que podía demostrar la independencia económica de los padres. La psicología considera, no obstante, que el ser humano evoluciona desde el nacimiento hasta la decadencia, pasando por cuatro grandes etapas de importante significado biológico, emocional y social: la niñez, la

adolescencia, la adultez y la senectud.

En la mayor parte de los países la adultez guarda relación con una etapa del desarrollo humano, entendiéndose como comienzo de la misma a partir de los 18 o 20 años, mientras que en Costa Rica, es considerada a partir de los 15 años ... Según Theodore Lidz, en la adultez pueden definirse cuatro etapas: adulto joven, los años de la mediana edad, la vejez y la muerte. Sin embargo hay tantos autores como definiciones teóricas existentes acerca de lo que es la adultez y en que etapas pueden ser divididas .

En tanto sistema, el adulto se desarrolla entre tres aspectos, a saber: físico, interpersonal y sociocultural, razón por la cual el mismo, y sumado a la corriente holística de pensamiento, el individuo parte y forma parte de un sistema viviente que lo incluye. Por ello el objeto de estudio: el adulto, sólo puede ser concebido, estudiado y tratado, en su contexto bio-psico-social, y no en forma individual...

Para la psicología evolutiva durante todo el ciclo vital se presenta y presentarán situaciones de crisis (la ausencia de la misma implicaría una patología). Es menester pasar por tantas crisis como etapas en la vida madurativa se deba transitar. Las crisis implican e implicarán cambios notables en estas etapas evolutivas. Se deberá transitar por crisis para pasar de uno a otro momento madurativo, generando

momentos de pérdida de seguridad en lo ya conocido, para pasar a otra por conocer. Cierta temor por lo novedoso y por el cambio no se encontrara ajeno durante este proceso y en diferentes grados de conflicto, intensidad y duración.

Si bien en las distintas etapas del ciclo vital, las características no son tan homogéneas , es en la adultez donde podría observarse mayor heterogeneidad, como por ejemplo: cuando llegado a una madurez emocional o social, todavía no se alcanza la independencia económica. En algunas personas que son típicamente incapaces de comprometerse afectivamente, formar pareja, tener un trabajo estable, etc. se puede apreciar, que esto podría estar ocurriendo, al estar determinado por cuestiones de índole socioeconómica y en otras como consecuencia de una moratoria psicosocial”

Considerando lo expuesto, y a los fines del aprendizaje en esta etapa particular del ciclo vital, nos podríamos preguntar: ¿Cómo aprende un adulto? ¿Aprende de la misma forma que un niño o adolescente?

Discusión

*Pido a todos que no olviden
lo que les voy a decir;
en la escuela del sufrir
he tomado mis **lecciones**,
y hecho muchas **reflexiones**
dende que empecé a vivir.*
Del libro “Martín Fierro”

Según Munn y Pierson, desde una concepción conductista, definen al aprendizaje como aquel que modifica conductas y a la modificación adaptativa del comportamiento durante el transcurso de pruebas repetidas, respectivamente.

Otros autores, de diferentes partes del mundo, han avanzados a través de distintas disciplinas y métodos de investigación hasta llegar a plantear, por ejemplo, dos grandes tendencias, a saber: “The trial and error” y las que se explican a partir del insight. La primera hace mención del método de “tanteo” (frente a la incapacidad de resolver un problema, se tantea, prueba, ensaya, hasta encontrar la respuesta correcta.) Mientras que la segunda (también llamada de comprensión súbita o captación intuitiva) refiere a la expresada por el estructuralismo gestáltico en contra de las teorías asociativas.

La Gestalt plantea al aprendizaje no como proceso sino como un fenómeno de percepción configural. La teoría de la Gestalt de Köler y Whertheimer, son totalmente opuestas al asociacionismo, puesto que

plantea una posición contraria a la atomicista, acumulativa o cuantitativa (o mera acumulación de conocimientos y memorización). Plantea un aprendizaje a partir de la comprensión y reestructuración global de las situaciones. La experiencia previa con un problema ayuda a la solución de problemas estructuralmente similares o al menos que contienen ciertos rasgos estructurales comunes, mientras que pueden entorpecer, cuando las tareas eligen soluciones nuevas o productivas, produciéndose un fenómeno de fijeza estructural. Para ello es necesario el insight.

Respecto de la teoría psicogénica-cognitiva de Piaget, de carácter epistemológico, se oponía totalmente a las teorías asociacionistas. El mismo expresaba, por una parte, que en todos los dominios de la vida existen totalidades organizadas y tienden a mantenerse en equilibrio; y por otra, la vinculación entre los organismos y su medio desde el punto de vista biológico, puede ser trasladado al dominio del conocimiento. La teoría se interesa en la explicación e interpretación del proceso de formación de las estructuras cognitivas y lo que tienen en común las estructuras cognitivas en un momento del desarrollo del sujeto: “para presentar una noción adecuada del aprendizaje, hay primero que explicar cómo procede el sujeto para construir e inventar, no simplemente cómo repite y copia”. La contribución esencial de Piaget al conocimiento fue de haber demostrado que el niño tiene maneras de pensar específicas que lo

diferencian del adulto. Los estadios de desarrollo cognitivo (procesos de asimilación y acomodación: sensoriomotor, preoperatorio, de las operaciones concretas y de las operaciones formales) son comunes a todos los individuos de la especie y se adquieren siempre en el mismo orden, o sea, que las etapas no pueden ser salteadas. El último estadio, que se supone ha de caracterizar el pensamiento adulto, aparece alrededor de los once años y se continúa durante toda la vida, adquiriendo culminación relativa en la adolescencia (lógico formal). Sus agrupamientos caracterizan la inteligencia reflexiva y compleja. El pensamiento pasa aquí de las operaciones concretas a las operaciones abstractas.

La psicología genético-dialéctica y socio-histórica de Vigotsky, rechaza por completo los enfoques reduccionistas que colocan al aprendizaje a solamente una acumulación de reflejos o asociaciones entre estímulos y respuestas. Expresa que en la educación formal el desarrollo de los procesos psicológicos superiores, tienen su origen en la vida social del sujeto. Existen rasgos específicamente humanos no reducibles a avocaciones como la conciencia y el lenguaje. Para ello integra al concepto asociacionista la reestructuración. Esta fusión merece una teoría unitaria del aprendizaje. Si bien puede considerarse a su posición más cercana a la organicista que a la mecanicista, se diferencia de otras organicistas como la Gestalt y la de Piaget por no negar el principio de aprendizaje asociativo. El sujeto ni imita los significados como

en el caso del conductismo, ni los construye como en Piaget, sino que literalmente los reconstruye. El hombre, expresa Vigotsky, no se limita a responder a estímulos sino que actúa sobre ellos, y esto es posible a instrumentos que mediatizan interponiéndose entre el estímulo y las respuestas. Citando a Engels, una psicología basada en la actividad como motor de la humanidad. Y es esta actividad el proceso de formación del medio a través del uso de los instrumentos, planteando el aprendizaje por descubrimiento. El alumno motivado por el docente, debe descubrir por el mismo las relaciones entre conceptos y construir proposiciones.

Estas teorías del aprendizaje, devenidas de la psicología educacional (y evitando caer en reduccionismos) deben contrastarse además con la psicología evolutiva. Por lo tanto, su aplicación a otros aspectos del aprendizaje como el evolutivo debe articularse, considerarse y manifestarse en tanto características propias de la evolución, que en este caso el adulto, contiene.

Ha de concebirse a la educación como un continuo existencial cuya duración se confunde con la vida misma. Para ello, habrán de transformarse los sistemas educativos cerrados en sistemas abiertos, multiplicar los tipos de instituciones de enseñanza superior abriéndolas a los adultos, al igual que a los jóvenes y destinándolas tanto a la formación continua y al reciclable periódico como a la especialización y a la investigación científica. En este contexto diseñado por el informe Faure¹⁶, se desarrollan las universidades a distancia.
Aretio, Lorenzo García¹⁷

“En la adultez, surge cierto temor por la pérdida de facultades intelectuales. Hay un decaimiento de la memoria, la atención y concentración, lo que entelentece la capacidad de resolución de problemas, pero ello no implica que sus capacidades intelectuales generales, decaigan en la misma medida. Por el contrario, en individuos sanos¹⁸ y activos, sus habilidades verbales y de razonamiento, pueden aumentar en la medida que continúan adquiriendo información, vocabulario, la capacidad de procesar y organizar información espacial, de variar las estrategias de resolución de problemas, etc. Incluso es posible mostrar un aumento en las habilidades de pensamiento, comprensión e información.

Hay un descenso de las habilidades motoras en comparación con períodos anteriores. En relación a tareas que dependen de velocidad, el adulto medio está en desventaja respecto del joven, pero esto se debería a lentitud de la respuesta más que a cambios intelectuales.

Las diferencias interpersonales tienden a ser muy marcadas en este período. Las personas intelectualmente hábiles durante su vida, tienden a serlo aún más en este período. Influye en esto la clase social, la salud, la actividad y la estimulación ambiental. Estos factores parecen ser más determinantes que la edad en las diferencias entre individuos.

La habilidad para aprender y recordar muestra poca declinación (a pesar de la autopercepción de decli-

nación). Si se les da el tiempo necesario para aprender o recordar, los adultos medios pueden hacerla tan bien como los adultos jóvenes. La diferencia la hacen la salud, la motivación, actividad y experiencia educacional, más que la edad.

Se aprecia una mayor rigidez que la del adulto joven en la resolución de problemas, pero esto parece más condicionado por sus experiencias pasadas que por falta de flexibilidad atribuible a edad. El adulto medio puede pensar tan bien como un adulto joven, pero su forma de asociar y sus experiencias pasadas pueden interferir en la flexibilidad con que resuelve los problemas en los test¹⁹.

Empero, debe tenerse en cuenta que ni los adolescentes ni los adultos muestran un progreso interindividual más o menos homogéneo hacia niveles de madurez considerados universales. Las diferencias entre individuos de la misma edad pueden ser más importantes que aquellas que juegan entre individuos de distintas etapas vitales.

Según el estudio del ciclo vital, progresaríamos en etapas, con terrenos llanos y crisis de desarrollo que exigirían cambios...” y que el llegar a adulto sería un producto final y estable... Sin embargo, en las tareas de desarrollo nunca se solucionan por completo y otras nuevas continuarían surgiendo. Cambios que son la naturaleza fundamental de la realidad.

Poco o nada se ha investigado respecto de cómo aprende teórica y prácticamente un adulto. La pedagogía ha intentado avanzar en esta materia pero sus resultados no terminan de ser satisfactorios (el abordaje debe ser también interdisciplinario). Pero el adulto: ¿Aprende de la misma forma que un niño o que un adolescente? En algunos aspectos se cree que no, que existen ciertas especificidades... Sin embargo, la didáctica por siglos ha cometido errores pensando y actuando en una única forma de enseñar tanto en niños como en adultos, sin considerar las diferencias psico-evolutivas de las distintas etapas de vida. No tuvo presente la realidad histórica o social en la que se encuentra inmerso el destinatario de sus prácticas. El carácter por ejemplo emocional, la inteligencia y la madurez, entre otros, no estuvo considerado al momento de la acción educativa pedagógica .

“La diferencia del aprender entre el niño, el adolescente y el adulto no estriba tanto en la mecánica de dicho aprendizaje, sino en factores estructurales, nada mecánicos, de orden biológico, psicológico y social, donde el problema de los intereses y las necesidades (primarias y secundarias) cobra un particular significado...”

La educación del adulto no tiene el mismo sentido que hace 25 años. A partir de la industrialización en Latinoamérica se han copiado modelos de educación provenientes de la revolución pos industrial. En este

contexto se ejerció una enseñanza basada en la educación primaria común: matemáticas, lectura y escritura. Contenidos insuficientes y que hasta a veces infantilizaba la formación del adulto, planteándoles aspectos a conocer para los niños a los adultos, en una suerte de irracionalidad, puesto que no era lo mismo enseñar a infantes, que a adultos, quienes tienen una evolución madurativa mayor, responsabilidades diferentes, experiencias vividas y experiencias en la resolución de problemas propios de la edad adulta, y que de ninguna manera, pueden compararse con la del niño. Situación tal que implica, en la actualidad, una enseñanza diferente, a estas etapas evolutivas disímiles.

Tiempo después..., la enseñanza se ha hecho más compleja y más realista en lo que a educación de adulto se refiere. No sólo se alfabetiza sino que además se incorpora lo social a la educación del mismo. Aquí aparece nuevamente Paulo Freire quien aporta importantes logros en esta materia . Relaciona la educación de adultos con determinantes y condicionantes relacionados con el poder social, las instituciones y las diferencias de clases. La educación debe ser liberadora, expresaba Freire, por tanto, se debe considerar la necesidad de concientizar al adulto, en tanto ciudadano, en sus intereses más auténticos en el escenario de situaciones de injusticia social.

A simple vista se descubre que no son iguales los

intereses de un niño o de un adolescente, que los intereses de un adulto. Tampoco lo son las necesidades básicas de un joven de origen proletario que las de otro procedente de capas medias o altas de la sociedad. Las urgencias de unos y las de otros no son las misma...Sus expectativas previas tampoco.

El adulto aprende en la medida que le permita resolver problemas cotidianos. Y es en esta cotidianidad donde encuentra sentido a su aprendizaje. Pero esta realidad es diferente a la del niño o adolescente, puesto que de la adultez deviene un mayor compromiso, una mayor responsabilidad emocional, social, laboral y política. En términos de Freire el adulto debe pasar por distintos niveles de concientización: una conciencia mágica, una ingenua y una crítica, y es a partir de esta reflexión de lo cotidiano, que debe pasar a la acción (conciencia política o de compromiso con lo que observa, piensa, siente, y decide que hacer) y de esta manera actuar sobre dicha realidad. Lo que es ajeno a la realidad del adulto ha resultado ser un recurso didáctico pobre.

Por ello, la educación en esta etapa de la vida se vuelve aun más compleja, como compleja es la conciencia de estas responsabilidades que hacen de la adultez un ciclo evolutivo diferente en varios aspectos respecto de la forma diferente de aprender con los adolescentes.

En las experiencias institucionales educativas de

adultos donde se encuentran, en una misma aula, adolescentes y adultos, las necesidades que pueden observarse tampoco son las mismas: el adulto necesita tranquilidad, silencio y tiempo prolongado para su concentración y para el desarrollo de sus tareas, mientras que el adolescente no le molesta el bullicio ni el clima dinámico, al contrario, lo necesita. En el adolescente el error no lo frustra mientras que en el adulto sí. Los datos son conceptualizados en forma diferente entre ambos.

El adulto ve a la educación como una asignatura pendiente... postergada quizás, por un sinnúmero de prioridades que tuvo que elegir y por lo cual no ha podido insertarse al sistema escolar desde el punto de vista cronológico. Estos factores tuvieron relación, entre otros, con la necesidad de trabajar, el mantenimiento económico y afectivo de una familia, la construcción de su casa y el cuidado de los hijos, entre otros.

El adulto no aprendería exclusivamente utilizando la memorización como recurso, sino también por comprensión, a diferencia de gran parte de los adolescentes. El adulto aprende y comprende en constante relación con sus experiencias vividas y/o a través “de la escuela de lo cotidiano”, otorgando así significado al aprendizaje adquirido, que una vez apropiado, no le resultará fácil de olvidar. Por ello su experiencia de vida le juega a favor.

La educación a distancia a permitido en el adulto la

oportunidad de poder utilizar todo el potencial y satisfacer necesidades particulares que de su ciclo biológico se desprende. Esta modalidad educativa indica los métodos a seguir por el adulto estudiante de enfermería, a fin de orientarlos para la realización de las actividades y la asimilación posterior de los conocimientos, procedimientos y valores.

Se debe aprender a aprender, mediante el desarrollo de hábitos y actitudes capaces de generar métodos y técnicas de apropiación y asimilación de conocimientos en distintos contextos.

El poder estudiar en el ambiente, lugar y tiempo que le sea más provechoso al adulto y estudiante de enfermería, es una de las características que permite este sistema. El alumno de enfermería interactúa con el docente, pero este es sólo un mediador entre el conocimiento y los inconvenientes que desde esta modalidad se puedan desprender.

El rol facilitador del docente y del sistema no implica el desarrollo de un nivel de aprendizaje bajo, totalmente fácil o liviano.

Una sana disciplina para la organización de los tiempos de cada uno de los adultos alumnos de enfermería que eligen esta modalidad en particular, implicará una dosis alta de compromiso, ordenamiento, esfuerzo y autogestión en su rol de estudiante, que devendrá en una autoexigencia que será gradual y específica en cada uno de ellos y en función de sus propias expectativas planificadas.

Esta situación implica una maduración intelectual y emocional, que se cree encontrar sólo con posterioridad a la adolescencia.

En la educación a distancia el alumno es dueño de su propio aprendizaje, de alguna manera es autodidacta, es gestor de su propia gestión y de su propio esfuerzo.

Sin embargo, la no existencia del contacto físico y sensorial, con el resto de los estudiantes de enfermería intervinientes en este proceso de aprendizaje (compañeros de estudios-docente-institución), podría generar temores y ansiedades provocadas por este sentimiento de “soledad” áulica y que puede llegar a jugar, muchas veces, en contra de la normal tarea de aprendizaje a distancia.

Por la razón expuesta en el párrafo anterior, se debería promover la formación de grupos de trabajo por niveles o temas comunes, el intercambio de apreciaciones y de aportes de los contenidos a trabajar o trabajados en distintos tipos de foros ad hoc, como así también el intercambio de sentimientos, miedos e incertidumbres, respecto de la tarea a realizar, de su metodología, y el impacto que se genera en la vida personal y familiar durante esta modalidad de estudio.

A los foros tradicionales que se suelen encontrar en las aulas virtuales: foro docente, foro de preguntas al docente, foro de integración de conceptos teóricos entre alumnos, en otros; se debe considerar otros

foros en donde se privilegie una relación menos formal entre alumnos donde puedan intercambiarse sensaciones, estados de ánimo, dificultades y estrategias para contrarrestar esta “¿soledad? en la virtualidad”. Garantizada esta comunicación humana, independientemente del sistema mediático en uso, se lograría disminuir situaciones de soledad, que suelen desembocar en deserciones explosivas de difícil recuperación.

Conclusión

Observar, repensar, reflexionar y actuar en consecuencia como docentes en un sistema de educación universitario, implica la necesidad de considerar el hecho de que los alumnos son ADULTOS, evitando en consecuencia la infantilización de los mismos. Situación presente desde nuestra formación como docentes pero no siempre garantizada, por algunos de nosotros, al momento de relacionarnos con los estudiantes.

Hacer insight en las características del aprendizaje del adulto, del adulto estudiante, y del adulto estudiante universitario de enfermería permitirá poder potenciar las estrategias para un mejor proceso de enseñanza-aprendizaje en los mismos.

Es por ello que, como participantes, en la construcción del conocimiento, de las destrezas y de las actitudes en los alumnos (y en consecuencia en nosotros como docentes), debemos garantizar nuestra implicación

en el protagonismo cada vez más claro de nuestros conocimientos y emociones, de la relación con el medio y del vínculo con los otros.

Permitir a los alumnos de enfermería durante la utilización de una educación a distancia, poder acceder a contenidos y tutorías docentes y administrativas logra, en estos adultos que estudian bajo esta modalidad, organizar su tiempo de aprendizaje con los tiempos dedicados al trabajo, la familia y su vida de relación con otras necesidades que les son propias.

El adulto decide hasta dónde, cómo y cuándo alcanzar sus metas de aprendizaje. Esto se realiza en una íntima relación con un contexto que lo determina, en relación a sus problemas, su realidad histórica y actual, y el apremio en conseguir los resultados esperados. Es necesario que se tenga presente el contexto estructural y coyuntural de la experiencia en los alumnos de enfermería, sus aspiraciones, obstáculos, debilidades, fortalezas y oportunidades.

La auto-superación de los alumnos de enfermería durante su recorrido por la carrera universitaria de grado, estará condicionada además, por los factores anteriormente trabajados dependiendo de las estrategias que empleemos para acompañarlos en tal empresa y la valoración y comprensión de las formas de aprender en su condición de adulto alumno universitario.

... y es aquí donde el sistema de educación a

distancia, se relaciona con la educación del adulto y el aprendizaje significativo, que se construye sobre los saberes e intereses de la persona.

Transcurridos mis años en la enfermería, han pasado también mis años de vida, y de la misma manera que creo haber crecido en la formación y experiencia docente, creo haber madurado en la adultez. Ya no siento las inseguridades personales, o por lo menos, no las vivo de la misma forma. Por ello creo que la experiencia y madurez profesional como maestro nunca estuvo separada, sino, complementada, condicionada, una de otra, dialéctica e históricamente, teñida por las prácticas, por las vivencias, por la construcción y deconstrucción de mis esquemas de valores, sentimientos y razonamientos.

Y me encuentro hoy, cada vez más convencido, que “ser maestro” es ser un compañero en el transcurrir de los caminos... Es el facilitador del aprendizaje, que a la vez aprende con ellos en una suerte de interjuego que permite a ambos crecer en lo que se realiza.

Emeterio, marakame huichol.

Referencias:

- 1 Licenciado en Enfermería de la Universidad de Rosario. Profesor Universitario de la Universidad de la Cuenca del Plata. Docente de la Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de La Plata. Coordinador de Programas de Docencia e Investigación de la Sala de Docencia e Investigación del Hospital Manuel Belgrano. Provincia de Buenos Aires. Argentina.
- 2 El niño samoano sigue una línea evolutiva relativamente continua. No se considera al niño como básicamente diferente al adulto.
- 3 ÉSA COSA LLAMADA ADOLESCENCIA. Cátedra de Psicología Evolutiva. Profesorado Universitario. Universidad de la Cuenca del Plata. Corrientes capital. Argentina 2009.
- 4 MENIN Ovide. EL ADULTO Y SUS APRENDIZAJES. Homo Sapiens Ediciones. Rosario. Santa Fe. Argentina 2003.
- 5 *Ibid.* Pág. 40-41
- 6 NICHOLS, Michael P. ANALISIS PSICOLOGICO DE LA CRISIS DE LOS 40 AÑOS. Editorial Gedisa. Primera edición. Segunda reimpresión. Barcelona. España. 2000 Pág. 27
- 7 Estas teorías que se extraen de la psicología del desarrollo es materia de contradicciones, que sin embargo en el paradigma sistémico ecológico, encuentra la forma de sistematización de estas distintas fragmentaciones en un corpus teórico amplio. Este último plantea un desarrollo humano formado por subsistemas: cognitivo, emocional comportamental y moral, entre otros. Citado en: ANNELIESE, Nörr. A y col. PSICOLOGÍA GENERAL Y EVOLUTIVA. Editorial Mediterráneo. Capítulo 13: Adultos
- 8 Debido a distintos factores como lo son lo biológico constitucional, la sociedad y la familia donde se encuentre inmerso y las condiciones sociales, económicas y culturales, entre otras.
- 9 ANNELIESE, Nörr. A y col. Op. Cit.
- 10 MENIN, Ovide. Op. cit. Pág. 43
- 11 MORGAN Lloyd fue el precursor en esta teoría
- 12 MORGAN Lloyd. An Introduction to comparative Psychology. The Water Scott Publishing Co. London. 1903
- 13 Este último concepto fue criticado en virtud de no poder ser aplicado en

diferentes situaciones.

14 MENIN, Ovide. Op. cit. Pág. 46

15 POZO. TEORÍAS DE COGNITIVAS DEL APRENDIZAJE. Ediciones Morata. España. Madrid. 2006.

16 FAURE, 1980

17 ARETIO, Lorenzo García. EL APRENDER ADULTO Y A DISTANCIA. Publicado en Educadores. Nro. 145. enero-marzo. 19 pp. 1988

18 En palabras de Pichón Riviere: "El sujeto es "sano" en la medida que aprehende la realidad en una perspectiva integradora y tiene capacidad para transformar esa realidad transformándose, a la vez, él mismo." "El sujeto esta activamente adaptado en la medida que mantiene un interjuego dialéctico con el medio y no una relación rígida, pasiva, estereotipada." No hay enfermos sino enfermedad social, y solo puede ser curada a partir del aprendizaje y este a partir del trabajo grupal..." Disponible en:
http://www.agenciaelvigia.com.ar/enrique_pichon_riviere.htm

19 ANNELIESE, Nörr. A y col. Op. Cit.

20 Ibid.

21 MENIN, Ovide. Op. Cit. Pág. 38

22 Heráclito, griego jónico que vivió entre los siglos VI y V antes de cristo.

23 Marx planteaba que la ideología como resultante de varias ideas previas, era el velo de la realidad, por cuanto un sola mirada impedía ver otras. El planteaba que si debe haber una ideología es la que resulta de las prácticas, en el sentido que nuestra experiencia condicionará la idea que tengamos de la realidad, por cuanto no es lo mismo, la percepción que tiene un obrero que la que tiene un empresario dueño de la fabrica.

24 LA PERSPECTIVA DEL APRENDIZAJE. Disponible en:
<http://www.revistas.um.es/red/article/view/25151/24421>

25 MENIN Ovide. Op. cit. Pág. 37-38

26 KOROL, Claudia. PEDAGOGÍA DE LA RESISTENCIA. Cuadernos de educación popular. Ediciones Madres de Plaza de Mayo. Año 2004

27 MENIN Ovide. Op. cit. Pág. 45

28 MENIN Ovide. Op. cit. Pág. 66

29 PALMA Diego. EDUCACIÓN DE ADULTOS Y DEMOCRACIA. Cap IV: Educación y Democracia. Editorial Humanitas. 1969. Pág. 74-75

30 RECIO FERRERAS, Eloy. PRESENCIA DE LA EDUCACIÓN A DISTANCIA. 2001. Págs.52- 85

31 Catalina Alonso. Profesora Titular de Tecnología Educativa de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). Madrid. España.

32 "Sólo entre todos, sabemos todo". Expresión nativa de originarios de Puebla, México

Bibliografía:

1. ALONSO, Catalina. Profesora Titular de Tecnología Educativa de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). Madrid. España.
2. ANNELIESE, Nörr. A y col. PSICOLOGÍA GENERAL Y EVOLUTIVA. Editorial Mediterráneo. Capítulo 13: Adultos
3. ARETIO, Lorenzo Garcia. EL APRENDER ADULTO Y A DISTANCIA. Publicado en Educadores. Nro. 145. enero-marzo. 19 pp. 1988
4. ÉSA COSA LLAMADA ADOLESCENCIA. Cátedra de Psicología Evolutiva. Profesorado Universitario. Universidad de la Cuenca del Plata. Corrientes capital. Argentina 2009.
5. KOROL, Claudia. PEDAGOGÍA DE LA RESISTENCIA. Cuadernos de educación popular. Ediciones Madres de Plaza de Mayo. Año 2004
6. MENIN Ovide. EL ADULTO Y SUS APRENDIZAJES. Homo Sapiens Ediciones. Rosario. Santa Fe. Argentina 2003.
7. MORGAN Lloyd. An Introduction to comparative Psychology. The the Water Scott Publishing Co. London. 1903
8. NICHOLS, Michael P. ANALISIS PSICOLOGICO DE LA CRISIS DE LOS 40 AÑOS. Editorial Gedisa. Primera edición. Segunda reimpresión. Barcelona. España. 2000 Pág. 27
9. PALMA Diego. EDUCACIÓN DE ADULTOS Y DEMOCRACIA. Cap IV: Educación y Democracia. Editorial Humanitas. 1969. Pág. 74-75
10. POZO. TEORÍAS DE COGNITIVAS DEL APRENDIZAJE. Ediciones Morata. España. Madrid. 2006.
11. RECIO FERRERAS, Eloy . PRESENCIA DE LA EDUCACIÓN A DISTANCIA. 2001. Págs.52- 85

Sitios web:

- NO HAY ENFERMOS SINO ENFERMEDAD SOCIAL. Disponible en: http://www.agenciaelvigia.com.ar/enrique_pichon_riviere.htm
- LA PERSPECTIVA DEL APRENDIZAJE. Disponible en: <http://www.revistas.um.es/red/article/view/25151/24421>

Sobrevivir a la carga del cuidado es sentir, cuidar y seguir¹

Martha Adiela Lopera Betancur²

■ Palabras claves

Muerte
Enfermeras Clínicas
Atención de Enfermería
Agotamiento profesional

■ Contacto

lopera9701@gmail.com

¹ Parte la tesis doctoral auto financiada “Significado de la muerte de los pacientes para las enfermeras” asesorada por la PHD María Mercedes Arias.

² Enfermera, magister en enfermería, docente de enfermería, Universidad de Antioquia, Colombia.

Resumen

La muerte del otro es un evento que puede marcar la vida de las enfermeras, en esa medida debe aprender a sobrevivir a ella. Se trata de un estudio cualitativo que tiene el objetivo de comprender el significado que tiene para las enfermeras vivir la experiencia del cuidado del paciente en proceso de morir.

Este apartado se deriva de un estudio cualitativo, en Medellín, con herramientas de la etnografía. Se realizaron 23 entrevistas a enfermeras y 100 horas de observación en diferentes ámbitos de un hospital de cuarto nivel. Para el análisis se usaron memos, ficha y mapas, paralelo a la obtención de los datos, se tuvo respeto por la confidencialidad, y por la decisión de participar o no en el estudio, se toman en cuenta las recomendaciones de la resolución 8430.

Los Hallazgos recogen las estrategias que las enfermeras usan para sobrevivir a la carga del cuidado y los significados que le dan a la experiencia del mismo. A manera de conclusión, vivir la experiencia del cuidado del paciente en proceso de morir significa sobrevivir y para ello deben soportar una carga de sufrimiento, sentir sin desfallecer, cuidar y hacer el corte para seguir.

Introducción

“Todos los pacientes con enfermedad terminal deberían contar con un cuidado paliativo”⁽¹⁾. Lamentable-

mente, no todos los pacientes tienen un cuidado pertinente y efectivo en su fase final, lo mismo que apoyo y compañía para los familiares, “debido en gran parte al desconocimiento de la conducta a seguir con estos pacientes, y también, al profundo impacto que causa en el personal de salud la proximidad de la muerte” (2). Porque faltan herramientas (3) para saber cómo acompañar a los pacientes y sus familiares, también cuidar al paciente en proceso de morir implica enfrentarse con la realidad de la muerte y la finitud. Por lo cual, muchas personas asumen la huida como una opción cercana a la banalidad descrita por Heidegger como “la fuga del hombre frente a su posibilidad más genuina, que es la muerte” (4).

Por otro lado, entre las enfermeras* y otros profesionales de salud “existen actitudes ambiguas, defensivas y de evitación ante el cuidado de un paciente que está en proceso de morir” (2). También puede cansar, según García esta podría ser una razón suficiente para alejarse del trato directo con los pacientes, pues la muerte es desgarradora, dura, difícil, compleja y no deja indiferente a nadie” (5).

Gálvez y otros (6) encontraron que el distanciamiento es una estrategia que las enfermeras utilizan para apartarse del dolor por la muerte de los pacientes, también García y Rivas encontraron que” las enfermeras hacen un bloqueo de la emo-

ción de sin dejar de cumplir el rol profesional” (5). No obstante, los pacientes y sus familiares necesitan cuidados, y pueden sentir pobre atención, soledad, sufrimiento, sienten que estorban (7), y que la atención es deshumanizada e insuficiente (8).

Este artículo no es una justificación, ni un juicio de estos comportamientos, sino que busca comprender el significado que tiene para las enfermeras vivir la experiencia del cuidado del paciente en proceso de fallecer, y a partir de allí poder hacer recomendaciones para las instituciones de formación y de salud, evitar el estrés en las enfermeras que cuidan los pacientes que mueren (9) y obtener mejoras en el cuidado.

Metodología

Este estudio se realizó con un enfoque cualitativo con técnicas de la etnografía particularista con enfermeras de la ciudad de Medellín. La elección de los participantes se hizo teniendo en cuenta los atributos que la investigación quería conocer. Participaron 23 profesionales de diferentes edades: 19 mujeres y cuatro hombres; ocho contaban con formación avanzada en diferentes áreas; todas cumplían con el criterio de haber cuidado, por lo menos una vez, a un paciente en proceso de morir por cualquier causa.

La información se recolectó a través de entrevistas etnográficas para captar la perspectiva de las enferme-

* Se refiere al hombre o mujer que ejerce la enfermería de manera profesional.

ras acerca de su experiencia de cuidado del paciente en proceso de morir; se realizó una sesión por participante, para un total de 23 entrevistas, los datos se recolectaron hasta lograr saturación de las categorías. Las preguntas que se hacían dependían del desarrollo de la entrevista y del interés en la saturación de las categorías. También se realizaron 100 horas de observación en una institución hospitalaria de cuarto nivel de la ciudad de Medellín en diferentes áreas y diferentes horas, las observaciones se hicieron en secciones de 15 minutos a 6 horas, anotando todo lo que pudiera ser de interés para cumplir los objetivos. Se llevó un diario de campo donde se registraron notas necesarias para continuar con la búsqueda de información y el análisis.

Análisis

Se hizo una lectura general y posteriormente párrafo a párrafo, o línea a línea, según fuera necesario, este se hizo manual para encontrar unidades de significado, estos fragmentos se codificaban, cortaban, y agrupaban para formar categorías y subcategorías; la relación entre categorías se representaba en mapas mentales que iban cambiando a medida que avanzaba el análisis, el cual se hizo paralelo a la obtención de los datos.

Criterios de rigor

Para garantizar la credibilidad del estudio, se presentaron los resultados preliminares a pares académicos y a algunos participantes; para velar por la auditabilidad

se detalló la ruta metodológica, se grabaron las entrevistas para lograr su fidelidad, se transcribieron lo más pronto posible por la investigadora para detectar faltantes; para lograr transferibilidad se buscó que los conceptos tuvieran suficiente grado de abstracción y representatividad. Estos criterios se tuvieron en cuenta desde el inicio.

Aspectos éticos

Lo fundamental en este estudio fue el respeto por las personas en sus conceptos, creencias, sentimientos o comportamientos respecto a la muerte y el cuidado de los pacientes. También se respetó la libertad de participar o no. Se cambió el nombre de los participantes por personajes de la literatura universal para proteger su privacidad. Los datos son exclusivos para este proyecto y se guardarán por 2 años después de publicado. Se obtuvo el consentimiento informado antes de la entrevista y la observación, la investigadora recibió el acompañamiento de la asesora de tesis y la opinión de pares y expertos. Esta investigación recibió el aval del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia con acta N0_CEI-FE 2012-3 y se consideró de bajo riesgo para los participantes, según la resolución 8430 ⁽¹⁰⁾.

Resultados

El significado que las enfermeras le dan a la experiencia de cuidar un paciente en proceso de morir es cercano a sobrevivir, y, para hacerlo tienen compor-

tamientos que les permitan soportar la carga, sentir sin que se afecte su salud mental y hacer el corte para seguir con sus labores profesionales y con la vida.

• **Comportamientos ante la muerte**

Los comportamientos son las estrategias que las enfermeras usan para soportar la carga y así poder sobrevivir a la muerte de los pacientes. Estas son construcciones personales, según comenta la participante *“también depende de cada enfermera, de la preparación que tenga y de la actitud frente a la vida y la muerte, porque hay a unas que les importa un pepino, mientras otras sí nos preocupamos por el paciente”* (Ana karenina: 2), en las cuales el grupo de trabajo puede tener una gran influencia e irse construyendo y naturalizando como un comportamiento de determinado grupo, como se nota a continuación *“el paciente se está muriendo, se sacan chistes, se ríen, hablan de cosas graciosas,..., antes me molestaba, porque me parecía que era como agresivo con la persona”* (Celestina: 10).

• **Cuidar al paciente: Conservar el corazón de lechuga**

Cuando las enfermeras saben que el paciente está ante una situación de no retorno hacia la muerte, intentan cuidarlo de la mejor manera que puedan, de acuerdo con lo que creen que es mejor, con este comportamiento intentan tener la tranquilidad de sentir que no quedó ningún cuidado pendiente con el paciente

y sus familiares. Según lo que expresa la participante *“es que es tan importante con estos pacientes conservar el corazón de lechuga, saludable, ayudándolos al máximo, haciendo todo lo que es enfermería”* (Sherezade:5). A veces las enfermeras permanecen al lado del paciente, así su intuición las lleve a pronosticarse un dolor emocional, como lo expresa la participante *“doloroso porque incluso en esos momentos uno piensa, no yo no voy a entrar, yo no voy a ser capaz de estar ahí”* (Dulcinea: 2). Sin embargo prefieren la tranquilidad que hicieron todo lo que podían.

• **Hablar de la muerte con otros es una forma de vencerla**

Hablar de la muerte es vencerla porque al naturalizarla, sin trivializarla, evita convertirla en un tabú y en tal sentido, hacerlo es una forma de evitar algunos comportamientos frente a la muerte que finalmente llevan al cuidado deshumanizado o que las enfermeras tengan afectación en su salud mental. Al respecto habla la participante *“exacto no hay con quien hablar del tema, no, uno lo tiene que vivir solo, analizándolo, pensando uno solito, porque no lo habla con nadie, otros lo toman con humor como nosotros, otros simplemente lo sufren solos y se suicidan o sufren solitos”* (Celestina:16).

Se encontraron dos formas de hablar de la muerte, en la primera la muerte es natural y parte del proceso de la vida, las enfermeras hablan de los significados propios frente a la muerte, o de lo que le significa la

muerte de un paciente en particular, de este último habla la participante *“decimos que pesar, en pacientes terminales que gracias a Dios por acordarse de él”* (Maya: 3).

La otra forma de abordar el tema es una consecuencia de tener la muerte como un tabú, y es hacerlo de forma cruel incluso frente al mismo paciente *“la muerte es un tema del que nadie habla, es un tema tabú, es prohibido hablar de ella y cuando lo hablan lo hacen de manera cruel e inhumana, pero a lo mejor son estrategias para vivir con eso tan duro que es la muerte”* (Celestina: 12).

• **Huir es protegerse del dolor**

De acuerdo con los datos, las enfermeras intentan huir de la escena de la muerte, comportamiento que adquiere el significado de protección ante el dolor *“no, no, no, a mí no me gusta ver gente llorando o sufriendo”*. (Melibea:1).

Se encontraron variaciones en la huida, una es mantener un distanciamiento en la relación con el paciente y sus familiares, para disminuir la posibilidad de establecer un vínculo afectivo con ellos y así alejarse del dolor, en una especie de lucha entre el mundo profesional y el mundo humano. En este caso no es necesario alejarse físicamente, basta con no acercarse al paciente, este comportamiento también aparece en las observaciones *“la enfermera se queda en su puesto de enfermería y no se acerca”* (Observación:9).

Otra forma de huida es alejarse hacia otras áreas de la institución cuando las enfermeras se dan cuenta de que el paciente puede morir en minutos. Según se menciona en este testimonio *“a uno le provoca salir corriendo, ir al baño o algo”* (Melibea: 3).

Otra forma de huida consiste en tener una presencia intermitente cerca de la cama del paciente, esto hace que las enfermeras no sientan culpas por huir y a la vez se protegen del dolor *“y vos no tenés como afrontarlo. Entonces qué es lo que hace uno, instinto, se va. Esta un momentico ahí, pero para que no la toque mucho se va”* (Mafalda: 8).

También es una forma de huida el aislamiento físico o psicológico de la escena de la muerte, en esta forma, las enfermeras salen hacia otro lugar para estar en soledad, o tratan de no pensar en la muerte del paciente y en sus sentimientos por el resto del día. *“Yo me voy dejo al paciente con la familia en este momento y yo me aísto y más que de expresar sentimientos de dolor o de tristeza, de ponerme a llorar o de demostrar que eso me está alterando a mí y a mi vida cotidiana, lo que hago es aislarme en este momento y durante el día”* (Joel 2). Otra forma de evitar pensar en la muerte del paciente es dejar que el tiempo pase y sea el mejor aliado para olvidar el dolor de alguna muerte en especial: *“yo esperaba que el tiempo fuera pasando, pero yo no hacía algo que me dispersara de eso”* (Mafalda: 8).

Una forma adicional de huida, consiste en delegar el cuidado a un colega o al personal auxiliar, en el

siguiente testimonio la enfermera relata cómo adopta este comportamiento “*pues a mí me gusta asignárselo a una auxiliar que es muy formal y muy querida con el paciente y la familia, ella se pasa todo el día pendiente de lo que necesitan, es muy delicada con los pacientes para el cambio de venas, para los masajes de la piel, para el arreglo de la cama*” (Melibea: 6). Otras enfermeras encuentran la posibilidad de delegar a profesionales de otras áreas como trabajo social, psicología, o a sacerdotes la función de hablar con los familiares de los pacientes recién fallecidos “*la hermana no aceptaba que la paciente se hubiera muerto, y se tiró del desespero ahí en la puerta y decía yo quiero a mi hermana viva y la jefe XXXX llamó a la trabajadora social*” (Emma: 1).

La huida tiene como característica que otras personas la pueden ver “*pero no como muchas personas creen que ausentándose y como evadiendo ese dolor, la familia va a estar como más sola con el paciente y de pronto va a ser mejor para ellos, pero yo creo que las enfermeras que hacen eso es buscar estar ellas tranquilas y no dar la cara a ese momento tan doloroso*” (Dulcinea: 1).

• **Morirse de la risa es defenderse de la muerte**

En algunas áreas es común el humor negro entre el equipo que atiende el paciente, hay chistes, bromas, y comentarios acerca de la condición terminal del paciente o la forma en la cual el paciente murió, tal como el que refiere la participante “*el especialista dijo:*

este paciente necesita una placa, no de rayos x, sino de mármol” (Celestina: 1), los participantes asumen de manera acrítica este comportamiento como una forma de sobrevivir ante el dolor que les causa la muerte del paciente, como dice la participante “*y nos reímos, nos reímos del que está muriendo, a veces es muy cruel, a veces somos muy crudos, pero yo creo que si no viviéramos en ese humor, no, nosotros no sobreviviríamos*” (Celestina: 11). Es paradójico que la palabra usada sea precisamente “morirse de la risa” como una forma de reafirmar la risa y la vida de los profesionales sobre la vida del paciente que se pierde, así sea a costa de la situación del moribundo, lo cual puede parecer, a quien ve la escena o escucha el relato, como una forma de justificar un comportamiento cruel o como una manera de hacerle una apología al mismo “*y nosotros allá nos morimos de la risa a carcajadas, en medio del estrés, nos morimos de la risa*” (Celestina: 12).

Pero la risa también puede significar una forma de solidaridad para proteger a los otros pacientes del dolor de la muerte, mucho más cuando todos los pacientes tienen la misma condición de salud o por lo menos el mismo diagnóstico. En este caso lo nombran sonrisa, porque tiene otra forma y otra intención, en este caso nace casi que forzada porque las enfermeras quieren transmitir a los pacientes que ellas están dispuestas a seguir con el cuidado, también para ofrecerles tranquilidad y mitigar la dureza de la situación “*Es muy duro en su momento, pero yo no me puedo enfascar ahí... , y en que ellos necesitan verme llegar con la sonrisa*

de todos los días, así el corazón este arrugado, uno les trasmite a ellos muchas cosas” (Pocahontas: 7).

• ***Sobrevivir a la experiencia del cuidado del paciente con muerte inminente.***

El significado que las enfermeras le dan a la muerte del paciente, puede influir en la forma cómo actúan y las estrategias que utiliza para sobrevivir a la muerte de los pacientes, el siguiente caso es un ejemplo “pero en realidad el que se está muriendo, se está muriendo, y nosotros que nos quedamos acá, y nosotros estamos sufriendo y tenemos que seguir, hay que ponerle humor a esto porque si no, no vamos a ser capaces con toda esta carga de dolor y de sufrimiento” (Celestina:10). También se puede entender este argumento como una justificación ante un comportamiento que entiende como contrario a sus funciones y que podría motivar una culpa.

Las enfermeras le dan un significado de sobrevivencia a la experiencia del cuidado del paciente moribundo, sobrevivir es no morirse con el paciente, esta es una auto-imposición por conservar la propia vida, no por el temor a fallecer, sino porque ellas necesitan seguir adelante con su vida y su trabajo “yo no me voy a morir con los pacientes” (Escarlett: 4).

Para sobrevivir a la experiencia deben soportar la carga, sentir sin que se afecte el cuidado del paciente, ni desfallecer y hacer el corte para seguir con sus labores y la vida con los aprendizajes adquiridos de la

experiencia.

• ***Soportar la carga.***

La muerte de los pacientes significa una carga emocional para las enfermeras, y buscan estrategias para no quedarse con esta carga y sobrevivir, según menciona la participante “*de todas formas es una carga de emociones para uno también*” (Amaranta:4).

• ***Sentir sin que se afecte el cuidado del paciente, ni desfallecer.***

Una de las estrategias que las enfermeras utilizan para sobrevivir a la carga emocional, es una actitud de aislamiento y endurecimiento emocional, intentando con ello evitar conmoverse con la muerte del paciente, sin embargo también se mostró que ellas encuentran que es imposible no sentir e intentan ocultarlo, pero si lo hacen se sienten malas personas, por lo que buscan tener la capacidad de conmoverse con la muerte del paciente, poder mostrar una cara humana, sin que dichos sentimientos las paralicen, impidiéndoles cuidar al paciente y sus familiares o que desfallezcan emocionalmente. En el siguiente testimonio, la participante muestra este doble propósito de vivir la experiencia de la muerte combinando la fortaleza, con la sensibilidad “*hay que tener fortaleza, mas no perder la sensibilidad frente a la muerte de un paciente*” (Maya:3). Para lograr este equilibrio es necesario tener solidez mental como lo muestra el fragmento “*incluso quién quita que por eso, uno tan cercano a tanto sufrimiento,*

y si uno no tiene la solidez mental quien quita que por eso tantos suicidios, tanta depresión, tantos problemas que hay ahora porque no es fácil estar en medio de la enfermedad, el llanto, el sufrimiento, del dolor de los otros, de la muerte eso no es fácil” (Dulcinea:7).

• **Hacer el corte y seguir**

La aflicción por la muerte del paciente no puede detener el trabajo asistencial con los pacientes *“entonces no hay que parar, hay que seguir” (Celestina: 10)*. Por lo anterior, hacer el corte es una manera de poder seguir, aprender de la situación, pero continuar con la vida personal y laboral *“seguir, siempre sigue adelante” (Joel:6)*. Para ello es necesario que puedan hacer el corte emocional luego de la muerte del paciente, no obstante, consideran que esto es una tarea difícil *“ni siquiera puedes escucharla, porque no puedes hacer el corte” (Éscarlett: 3)*.

En el siguiente testimonio la participante relaciona en una frase varios significados vistos como conservar la sensibilidad y seguir con la vida y su labor *“de no acostumbrarse a la muerte, de no se murió y ya, es que queda una familia, gente para darle una palabra de aliento, yo sé que la vida sigue y que debemos continuar con el trabajo, pero son 10 minutos y no más” (Maya: 8)*.

Discusión

La muerte se considera como una realidad que sobrecoge y atemoriza, donde la huella que deja en las enfermeras es ineludible y misteriosa ⁽¹¹⁾. Cutcliffe y McKenna sostienen que “cada día las enfermeras dan cuidado, manejan situaciones y aprenden de las experiencias con el objetivo de afrontar los estresores que crecen en sus labores. Las experiencias vividas por los pacientes llaman a las enfermeras a tener la misma dinámica en la cual deben afrontar diferentes situaciones a diario” ⁽¹²⁾.

El afrontamiento, según Black es una “respuesta individual aprendida” ⁽¹³⁾. Sin embargo la muerte de los pacientes rompe la rutina y está lejos de ser una situación cotidiana, por lo cual se ponen a prueba las estrategias para sobrevivir a la misma. Por esta razón, y porque se encuentra alguna aparente contradicción en que la huida sea una forma de afrontar, porque implica no enfrentarla, es importante comenzar a aclarar el concepto de afrontamiento, los autores de referencia fueron Black, Lazarus y Folkman. Para Lazarus y Folkman “Afrontamiento es un esfuerzo cognitivo y de comportamiento constantemente cambiante, para manejar demandas internas y externas que son evaluadas como agotadoras o que exceden los recursos de la persona” ⁽¹⁴⁾. Los autores encontraron dos maneras de afrontamiento, una enfocada en solucionar el problema y la otra en las emociones. Por otra parte, Black ⁽¹³⁾ encontró que no hay consensos en su uso en la prác-

tica de enfermería y que es bastante complejo, puesto que a veces las demandas del ambiente exceden las habilidades de la persona para manejarlas, agrega el autor, que es necesario usar estrategias de afrontamiento para prevenir que el estrés aumente.

La forma en la cual las enfermeras enfrentan la experiencia de la muerte del otro es personal, sin embargo se encontraron estrategias que las enfermeras adoptan para soportar la carga y sobrevivir a la muerte del paciente, en las cuales el grupo de trabajo puede tener alguna influencia, esto hace que la forma de vivir y sobre vivir a la experiencia también se construya en grupos, al respecto Cutcliffe y McKenna opinan que “lo que una persona hace o no hace para afrontar una situación puede ser construida en un contexto social particular”⁽¹²⁾. Los autores agregan que el “mismo comportamiento puede ser interpretado de manera muy diferente dependiendo del contexto cultural, los valores, y creencias”⁽¹²⁾. De allí que sea probable que las enfermeras adopten comportamientos que sea culturalmente esperado o común, siguiendo los planteamientos de Geertz⁽¹⁵⁾, cuando las enfermeras junto con el equipo de salud responden de manera contraria a lo esperado puede parecer como una conducta equivocada y mal vista, por esta razón estos comportamientos, no se hacen frente a otros, sino frente a los mismos miembros del equipo, por ejemplo en la cultura del cuidado de enfermería no es bien visto que la respuesta ante la muerte sea con risas y menos en burla hacia el paciente, por ello es un comportamiento

propio de un grupo de manera casi íntima.

También “la persona puede huir sea de manera física, psicológica o delegando el cuidado, cuando las enfermeras deben “enfrentar esta situación quieran o no”⁽¹⁶⁾, lo cual coincide con los hallazgos de este estudio. También se encontró que la huida es una respuesta instintiva, si bien huir puede parecer conceptualmente contrario a vivir la experiencia, puesto en realidad la evade, las enfermeras la reportaron como una forma de sobrevivir. Lo mismo encontró de Souza y compañeros “como un mecanismo de defensa para alejarse del dolor de la muerte”⁽¹⁷⁾. Además encontraron que estos “distanciamientos” buscan evitar daños en los aspectos psicológicos y emocionales⁽¹⁷⁾.

La huida también puede tomar la forma de disminuir la interacción con el paciente, este distanciamiento emocional también fue descrito por Lazarus y Folkman como “autocontrol”⁽¹⁴⁾. Por su parte, Black⁽¹³⁾ considera la huida como una respuesta al estrés, la cual “no siempre es adecuada para facilitar y ayudar, sin embargo a veces es común ver que las personas evaden situaciones que les producen estrés”⁽¹³⁾ o que les recuerda “la existencia de la muerte propia”⁽¹⁸⁾. No obstante, “el ser humano tiene el poder de elevarse sobre sus instintos para alcanzar un ideal que en su forma de materializarse se le denomina arte”⁽¹⁹⁾. Y el arte en este caso es el esfuerzo auto-consciente por sobrevivir a la carga, sin huir ni desfallecer, es así como aparecen otros comportamientos como hablar

con su equipo de trabajo de manera informal de la muerte, sin embargo, Vargas y Pacheco encontraron que las enfermeras “desafortunadamente se perciben sin espacios físicos y redes de apoyo que les permita manejar la situación de manera efectiva, razón por la cual refieren mayor esfuerzo y cansancio ante este tipo de cuidados a paciente en etapa terminal”⁽²⁰⁾.

Otras formas de sobrevivir que se encontraron fueron, cumplir con la responsabilidad de cuidar al paciente, a pesar de lo que le cueste en términos de dolor emocional, pensando que el paciente morirá en las mejores condiciones posibles, según sus recursos, la cual coincide con dos de las estrategias de afrontamiento descritas por Lazarus y Folkman “aceptación de la responsabilidad que es reconocimiento de la propia función y la reevaluación positiva que es la creación de un significado positivo y focalización sobre el desarrollo personal”⁽¹⁴⁾. Otra forma para sobrevivir fue hablar con los compañeros al respecto, lo cual concuerda con la estrategia descrita por Lazarus y Folkman de “búsqueda de apoyo social”⁽¹⁴⁾.

Para sobrevivir a la muerte de los pacientes, las enfermeras deben buscar un equilibrio que les permita sentir sin desfallecer y hacer el corte para seguir con sus labores y la vida. En este mismo sentido son los planteamientos de Godoy cuando expresa “para las enfermeras supone un reto el poder desenvolvernos en situaciones de sufrimiento ajeno sin implicarnos emocionalmente hasta el punto de ver afectada nues-

tra actuación, y a la vez ser sensibles a las necesidades de nuestros pacientes y sus allegados para que nuestra labor les reporte mayor beneficio”⁽²¹⁾. Este equilibrio supone un esfuerzo, porque se necesita tener sensibilidad para cuidar a los pacientes y que luego no se sienta culpable, pero que no la afecte a nivel emocional para cuidar y seguir, según Godoy “a veces es difícil diferenciar una actitud no afectada pero sensible y atenta, de una cierta frialdad y distanciamiento a que nos conduce la rutina. Esta diferencia en nuestro acercamiento también se presenta cuando atendemos a un paciente terminal, siendo una situación especialmente delicada por la carga emocional implícita”⁽²¹⁾.

Otra estrategia para sobrevivir es el humor negro, esto concuerda con los planteamientos de Wooten⁽²²⁾ quien “opina que el humor es una estrategia para manejar el estrés emocional del personal asistencial, esta búsqueda de algo de qué reírse, evita concentrarse en algo agobiante”. Sin embargo este comportamiento se lleva a cabo entre las personas de un mismo grupo que han asumido este comportamiento, porque lo entienden como fuera de sus labores profesionales y es cruel con el paciente y sus familiares, esto concuerda con Wooten “si nos preocupa el modo en que otros juzgarán esta conducta, si creemos que los otros se sentirán ofendidos por la contundente risa, o si nuestra cultura ejerce presión sobre nuestra conducta, podemos contenernos”⁽²²⁾, el humor que puede ser terapéutico para pacientes y el personal asistencial, puede ser negativo si lesiona la dignidad de la persona.

Finalmente, las enfermeras desean tener solidez mental para afrontar la muerte de los pacientes sin que pierdan la sensibilidad o puedan hacer el corte para continuar, en este sentido, Bernal propone la madurez mental como “la maximización del uso de los recursos personales para lograr el éxito”⁽²³⁾. Asimismo Lazarus y Folkman consideran que la madurez es indispensable para afrontar “el grado de madurez determina si es saludable o no, dependiendo de la tradición”⁽¹⁴⁾, que en el caso de la tradición de enfermería llama a abogar por la dignidad de la persona en todo momento. En esta solidez mental radica el equilibrio necesario para vivir y sobrevivir a la muerte de los pacientes.

Conclusión

Vivir la muerte del paciente es más que aceptar el hecho de su fallecimiento, significa sobrevivir y para ello deben saber soportar una carga de sufrimiento para poder sentir sin que este sentimiento paralice las labores y poder cuidar al paciente y sus familiares y seguir con el cuidado, también poder aprender de la experiencia pero hacer el corte para seguir con la vida y con las labores cotidianas.

Recomendaciones

Es necesario una educación que les ayude a aceptar la muerte como realidad ontológica, y el cuidado del paciente al final de la vida como una función inherente a la enfermería, pero también que les de herramientas para sobrevivir a las implicaciones personales que se tienen con la muerte de los pacientes.

Referencias

1. Colombia. Corte constitucional. Sentencia C-233/14, de abril de 2014, por la cual se da vía libre a al Proyecto de ley número 290 de 2011 Cámara, 138 de 2010 Senado, ley Consuelo Devis Saavedra. Comunicado 12 de abril 12 de 2014.
2. Grau J, Llantá M, Massip C, Chacón M, Reyes M, Infante O, et al. Ansiedad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacita en cuidados paliativos. *Pensamiento Psicológico* [internet] 2008. [acceso 23 de octubre 2014]; 4(10):27-58. Disponible en: <http://revistas.javerianacali.edu.co/javevirtualoj/index.php/pensamientopsicologico/article/view/92/274>
3. Maza C M, Zavala M, Merino J. Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes. *Cienc. enferm.* [revista en la Internet]. 2009 Abr [citado 2010 Mayo 30]; 15(1): 39-48. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532009000100006&lng=es. doi: 10.4067/S0717-95532009000100006
4. Heidegger M. *Ser y Tiempo*. Santiago de Chile: universitaria; 1997
5. García S V, Rivas Riveros E. Experiencia de enfermeras intensivistas pediátricas en la muerte de un niño: vivencias, duelo, aspectos bioéticos. *Cienc. enferm.* [revista en la Internet]. 2013 [citado 2014 sep 04]; 19(2): 111-124. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000200011&lng=es.

6. Gálvez M, Del Águila B, Fernández L, Muñumel G, Fernández C, Ríos F. Estrategias de afrontamiento ante la muerte del paciente crítico: percepciones y experiencias de las enfermeras. *NURE Inv [revista en la Internet]*. 2013 [citado 13 mayo 2013]; 10(64):1-12. Disponible:http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE64_original_afrontamiento.pdf
7. Giraldo J. Enfermedad y muerte un duro camino. *Invest Educ Enferm* 2008;26 (2 suppl):162-167
8. Maté J, Bayés R, González-Barboteo J, Muñoz S, Moreno F, Gómez-Batiste X. ¿A qué se atribuye que los enfermos oncológicos de una unidad de cuidados paliativos mueran en paz? *Psico-oncología* 2008; 5 (2-3): 303-321
9. Flarity K, Gentry E, Mesnikoff N. The Effectiveness of an Educational Program on Preventing and Treating Compassion Fatigue in Emergency Nurses. *Adv Emerg Nurs J [revista en la Internet]*. July- September 2013 [Acceso 2014 sep 04]; 35(3): 247-258. Disponible en: 10.1097/TME.0b013e31829b726f
10. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de octubre 4 de 1993, Bogotá: Colombia Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Paginas/Normatividad.aspx>.
11. Pichardo LM, Diner K. La experiencia de la muerte y los cuidados paliativos. Una visión desde la enfermería. *An Med (Mex)*. [Internet]. 2010 [citado 15 junio 2011]; 55(3): 161-66. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfis/abc/bc-2010/bc103i.pdf>
12. Cutcliffe J, McKenna H editores. *The essential concepts of nursing: building blocks for practice*. London: Elsevier Churchill livingstone; 2005
13. Black C. A concept analysis of coping. En: Cutcliffe John, McKenna Hugh editores. *The essential concepts of nursing: building blocks for practice*. London: Elsevier Churchill livingstone; 2005
14. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer; 1984
15. Geertz C. *La interpretación de las culturas*.8ed. Barcelona: Gedisa; 1997
16. Romeo D, Pérez F, Robinsón A. Caracterización de los pacientes terminales y su atención domiciliaria por parte de un equipo básico de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]*. 2007 Sep [citado 2014 Mar 30]; 23(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000300005&lng=es.
17. Souza L, Mota J, Barbosa R, Ribeiro R, Oliveira C, Barbosa D. La muerte y el proceso de morir: sentimientos manifestados por los enfermeros. *Enferm. glob. [revista en la Internet]*. 2013 Oct [citado 2013 Dic 29]; 12(32): 222-229. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400013&lng=es.
18. Carmona Berrios Z, Bracho de López C. La muerte, el duelo y el equipo de salud. *Revista de Salud Pública* 2008; 2 (2): 14-23.
19. Kant I. *Pedagogía tercer edición*. Madrid: Akal 2003).
20. Vargas-Daza E, Pacheco-Rodríguez A, Arellano-Martínez M, Martínez-González L, Galicia-Rodríguez L. Percepción de enfermería en torno a la muerte de pacientes en etapa terminal. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* 2008; 16(1): 37-44
21. Godoy García José Eulogio. *Afrontamiento de la muerte del paciente ingresado en UCI: Aportación de Enfermería*. *Index Enferm [revista en la Internet]*. 2008 Dic [citado 2014 Mar 28]; 17(4): 295-296. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000400017&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962008000400017>.
22. Wooten P. Capacidades humorísticas para poder sobrevivir a la asistencia gestionada. *Dermatology nursing* 1997; 9: 423-429. <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/61/1406/35/1v61n1406a13021741pdf001.pdf>
23. Bernal A. El constructo «madurez personal» como competencia y sus posibilidades pedagógicas. *revista española de pedagogía* 2003; 61(225):243-262. <http://revistadepedagogia.org/20070602116/vol.-lxi-2003/n%C2%BA-225-mayo-ago-2003/el-constructo-madurez-personal-como-competencia-y-sus-posibilismos-pedagogicos.html>

El ECOE desde la perspectiva de los estudiantes

Galeano, Humberto ¹

García, Silvia Josefa ²

Gómez, Fernando ³

Luque, Ana Beatriz ⁴

Radlovachki, Lidia Raquel ⁵

Sendra, Elva María ⁶

■ Palabras claves

Evaluación

Percepción

Alumnos

Fortalezas

Debilidades

Enfermería

■ Contacto

fernando.gomez@med.unne.edu.ar

Resumen

La implementación del Examen Clínico Objetivo Estructurado (ECOE), es considerado como un método que tiene un mayor grado de objetividad para evaluar las competencias enfermeras. El mismo está conformado por un número determinado de estaciones, que constituyen un circuito por el cual rotan todos los estudiantes.

El presente estudio descriptivo cualitativo se llevó cabo durante el periodo noviembre – diciembre 2014. Al finalizar el examen se aplicó una encuesta semi-estructurada anónima a 43 alumnos con el objetivo de reconocer fortalezas y debilidades de esta modalidad de examen desde la perspectiva de los mismos.

Con relación a la percepción sobre el ECOE, la mayoría conoce el significado de las siglas y afirma que pasar por esta instancia le ha permitido reconocer sus habilidades y destrezas. En las estaciones estáticas opinaron que su desempeño fue “regular” debido a los nervios y en las dinámicas fue “bueno” asociado a la buena interpretación de las consignas. Han percibido las señalizaciones como “claras” y consideran “positivo” realizar el reconocimiento previo de la modalidad de examen y del espacio físico.

El estudio nos permitió reflexionar sobre las concepciones acerca de la evaluación, sobre el rol docente durante el examen y sobre la importancia de la comunicación pedagógica para que el alumno la perciba como una instancia más de aprendizaje y retroalimentación.

^{1 al 6} Universidad Nacional del Nordeste. Argentina

Introducción

La Carrera de Licenciatura en Enfermería, sita en la Facultad de Medicina, Universidad Nacional del Nordeste, considerando las teorías, los paradigmas y las tendencias educacionales actuales para la formación de los profesionales del área de la salud, desde el año 2004 innovó su plan de estudio, aplicando un modelo centrado en el estudiante. Desde el mismo, el estudiante asume la responsabilidad de su propio aprendizaje participando activamente en el proceso de enseñanza, de acuerdo a su ritmo y estilo personal. Como docentes proponemos nuevas estrategias didácticas para nuestro quehacer educativo con el propósito de lograr en los educandos un aprendizaje significativo, con oportuna retroalimentación para solucionar problemas complejos y con capacidad de trabajo en equipo.

Desde este paradigma consideramos relevante a la evaluación diagnóstica, procesual y sumativa. La primera, generalmente la realizamos al inicio del dictado de la materia o de un tema nuevo, con el propósito de conocer el nivel de saberes previos del estudiante, a fin de partir de esos saberes en el proceso de construcción de nuevos saberes.

La segunda, llamada también formativa, la implementamos durante todo el transcurso del proceso de enseñanza y de aprendizaje y su fin es mejorar el mismo, facilitando el desarrollo de las competencias, referidas al saber, al saber hacer, al saber ser y al saber comu-

nicarse. En otras palabras, este tipo de evaluación, permite a los estudiantes y a los docentes, valorar también a la asignatura y a los recursos utilizados. De este modo, se tiene información tanto de las fortalezas como de los aspectos a mejorar a fin de realizar los ajustes que sean necesarios sobre la marcha del proceso.

La tercera, sumativa o final, es la que realizamos con intenciones de calificar, a fin de acreditar requisitos de titulación o de capacitación profesional, mide el nivel de formación alcanzado y si éste es considerado como óptimo.

Actualmente, se tiende a evaluar las competencias de los futuros profesionales, cobrando una menor relevancia la simple memorización de conceptos, principios, hechos mediante el uso de instrumentos tales como el examen oral y escrito y el examen de los procedimientos con o sin paciente. En este marco, la evaluación de las competencias disciplinares y genéricas de los estudiantes de Enfermería durante sus prácticas hospitalarias es realizada de manera gradual, dado que los mismos reciben una retroalimentación diaria de su quehacer durante un periodo determinado, para finalmente ser calificado.

La implementación del Examen Clínico Objetivo Estructurado (ECO), es considerado como un método que tiene un mayor grado de objetividad para evaluar las competencias enfermeras. El mismo está conformado por un número determinado de estaciones,

(número que depende generalmente de la cantidad de alumnos), que constituyen un circuito por el cual rotan todos los estudiantes. En cada estación se arma un escenario donde se enfrenta al alumno ante un caso, un problema o situación clínica, que debe ser resuelto en cinco minutos y en el cual se puede o no contar con un paciente simulado para la realización del procedimiento.

Desarrollo

El modelo educativo de la Carrera centrado en el estudiante, el ambiente de aprendizaje clínico complejo y estresante, y las ventajas del ECOE para certificar al final de la Práctica Integradora de Enfermería I y las competencias adquiridas en los cuatro dominios del saber, nos motivó a la incorporación de esta técnica evaluativa desde el año 2006 para una actividad curricular profesional integrada. Dicho espacio curricular se encuentra ubicado al finalizar el Primer Ciclo y su aprobación determina la obtención del Título intermedio de Enfermero.

El ECOE constituye una instancia más de evaluación de la Práctica Integradora de Enfermería I y actualmente se realiza en el Gabinete de Simulación de la Facultad de Medicina, que cuenta con boxes equipados a tal fin. (Foto 1)



Foto 1. Maniquí adulto, Gabinete Simulación, Facultad de Medicina, Universidad Nacional del Nordeste.

Cabe mencionar que además del ECOE, se realiza una evaluación de tipo procesual o formativa, mediante las observaciones realizadas en el campo de práctica en el transcurso de un mes, más las evaluaciones de tipo sumativas, que consisten en dos exámenes escritos al finalizar las rotaciones por áreas (uno del área Enfermería Maternoinfantil y otra de las áreas Fundamentos de Enfermería - Enfermería del Adulto). Esto nos permite tener una visión integradora de las competencias desarrolladas por el alumno durante el primer ciclo.

Estaciones estáticas, dinámicas y de descanso. Las estaciones son denominadas estáticas y dinámicas de acuerdo a la actividad que debe desempeñar el alumno en ellas.

En las estáticas, se presenta al estudiante un caso o una situación clínica en la cual generalmente, éste debe diseñar un plan de cuidados, redactar diagnósticos de enfermería, completar un ejercicio de balance, completar un informe de enfermería, es decir, en ellas evaluamos primordialmente las competencias que se refieren al “saber”.

En las estaciones dinámicas el estudiante tiene la oportunidad de demostrar habilidades y destrezas para la ejecución de técnicas y procedimientos enfermeros; en ellas se evalúan las competencias que se refieren al “saber hacer”.

Tanto en las estaciones estáticas como en las dinámicas, las competencias que se refieren al “saber ser” y “saber comunicarse” también son evaluadas, mediante el cotejo de sus actitudes ante el paciente simulado.

Existen también estaciones “de descanso”, que consisten en asientos ubicados estratégicamente donde el rotante, generalmente luego de cinco estaciones tiene la oportunidad de sentarse a descansar durante cinco minutos.

Contenidos, consignas, criterios de evaluación y rol docente. Los contenidos (conceptuales, procedimentales y actitudinales) que se tienen en cuenta para preparar las estaciones pertenecen a las asignaturas troncales Fundamentos de Enfermería (1er año); Enfermería del Adulto (2° año) y Enfermería Maternoinfantil (3° año) en las cuales se integran los saberes de

otras asignaturas del primer ciclo.

En cuanto a las consignas e instrucciones, tenemos especial cuidado en cuanto a la claridad y precisión en la redacción de las consignas a fin de favorecer y guiar al alumno. Así también en la redacción de la Planilla de cotejo en el cual establecemos los criterios e indicadores a tener en cuenta para apuntar su cumplimiento por parte del alumno durante el desarrollo del ejercicio.

Con respecto al rol del docente en el ECOE. Para la ejecución del ECOE, se convoca a la mayoría de los docentes de la Carrera, interinos y por concurso, a fin de cubrir todas las estaciones que sean necesarias de acuerdo a la cantidad de alumnos. (Por ej. Para evaluar a los 43 alumnos se tuvo que dividir al grupo en dos, y programar 22 estaciones por grupo). Los docentes afectados al ECOE asisten a la explicación y preparación de los instrumentos propios de la estación asignada. Éstos participan como observadores y evaluadores. Cada uno se sitúa de forma discreta dentro del box procurando no interceder. Al ingresar el alumno, el docente hace entrega de la “Hoja para el alumno”, donde se enuncia la situación a resolver y las instrucciones, se asegura que estén listos todos los recursos materiales que se necesitará para que el estudiante pueda cumplimentar con el procedimiento.

Otros docentes y coordinadores generalmente observan a través de un circuito cerrado de televisión o bien, a través de una pared de vidrio.

Al finalizar el examen, los docentes deben entregar a la coordinación, todas las listas de cotejos con las ponderaciones detalladas por alumno y asegurarse de dejar los boxes desocupados y ordenados.

Organización del espacio físico y actividades previas. En cuanto a la organización del espacio físico para la realización del ECOE, es importante señalar que, previo al día del examen, se realiza un reconocimiento guiado del lugar donde se realizará el ECOE y se demuestra una estación estática, a fin de que el estudiante se familiarice con la metodología.

Se colocan carteles (flechas) que indican el recorrido que debería hacer el alumno, los números y tipos de estaciones (“estáticas”; “dinámicas”; “de descanso”). Cabe mencionar que además de las señalizaciones, un docente se coloca en posición estratégica para dirigir a los alumnos ante cada cambio de estación.

El rotante es informado por altavoces instalados en cada box, sobre el inicio del examen, cuando falta un minuto para terminar y cuando debe realizarse el cambio de estación.

Propósito, objetivo, material y método

El propósito de este trabajo se enfoca en conocer la percepción de 43 estudiantes que recientemente han transitado por esta experiencia (noviembre-diciembre 2014) para -de esta manera- retroalimentar nuestra propuesta evaluadora. El mismo fue sometido a la va-

loración del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la UNNE, contando con el aval correspondiente.

Objetivo

Reconocer fortalezas y debilidades de la modalidad de examen ECOE desde la perspectiva de los alumnos de Enfermería.

Material y método

Estudio descriptivo cualitativo llevado a cabo al finalizar el examen ECOE a 43 alumnos quienes dieron su consentimiento para responder una encuesta estructurada anónima sobre conocimiento respecto al ECOE, opinión sobre organización del espacio físico, los contenidos temáticos, su desempeño en las estaciones, las instrucciones escritas y el rol del docente.

Resultados

Con respecto al ECOE: ante la pregunta *¿Sabes qué significa el término “Ecoe”?* de un total de 43 alumnos que rindieron dicho examen, su mayoría (60%) conoce el significado de las siglas; mientras que el 33% tiene un concepto erróneo del significado y el 7% asume que desconocen su significado. (Tabla 1)

Clase	FA	FR
Conoce	26	0,60
Tienen una idea errónea	14	0,33
Desconoce	3	0,07

Tabla 1. Conocimiento del significado de la sigla ECOE

Ante la pregunta “*Tu paso por el ECOE ¿te ha permitido reconocer?*”: la mayoría (56%) afirma que pasar por esta instancia le ha permitido reconocer sus habilidades y destrezas. (Tabla 2.)

Clase	FA	FR
Saberes teóricos	8	0,19
Habilidades y destrezas	24	0,56
Capacidad para comunicar saberes	4	0,09
Capacidades afectivas, volitivas, éticas	3	0,07
Nada	3	0,07
Otros (“que no sabe manejar la ansiedad ni los nervios”)	1	0,02

Tabla 2. Percepción sobre lo que el ECOE le ha permitido reconocer.

Con respecto a la organización del espacio físico para el ECOE:

Ante la pregunta sobre *¿cómo ha percibido las señalizaciones?* La mayoría (56%) las percibieron como “claras”, el 30% como “útiles”; el 12% como “oportunas” y el 2% no las vio. (Tabla 3.)

Clase	FA	FR
Claras	24	0,56
Oportunas	5	0,12
Útiles	13	0,30
No las vio	1	0,02

Tabla 3. Percepción sobre las señalizaciones

Al preguntar sobre *¿Qué sugerencias quieres hacer con respecto a las señalizaciones?* Los mismos han respondido:

- “que sean más lineales”
- “que siempre esté una persona, docente y guía porque los tranquiliza”
- “que sean más llamativas”; “de color”; “luminosas”; “más visibles”
- “que los lugares de descanso sean más visibles”
- “que faltaría más señalización”

En relación al reconocimiento previo del lugar antes del ECOE.

Ante la pregunta *¿Te ha resultado útil conocer antes el espacio físico para el ECOE?* A la mayoría (95%) de los alumnos le resultó útil reconocer el Gabinete de Simulación en el cual rinden el ECOE. (Tabla 4.)

Clase	FA	FR
Sí, le resultó útil	41	0,95
No le resultó útil	2	0,05

Tabla 4. Percepción sobre el reconocimiento previo del lugar

Con respecto a los contenidos por áreas:

Ante la pregunta *¿En qué área o áreas has tenido mejor rendimiento?* El 53% opina que tuvo mejor desempeño en Enfermería Materno Infantil; el 35% en Enf del Adulto y el 12% restante en Fundamentos de Enfermería. (Tabla 5)

Clase	FA	FR
Fundamentos de Enfermería	5	0,12
Enfermería del Adulto	15	0,35
Enfermería Maternoinfantil	23	0,53
Capacidades afectivas, volitivas, éticas	3	0,07

Tabla 5. Área en el que cree haber tenido mejor rendimiento

Ante la pregunta, *¿Por qué motivo/s crees que fue mejor tu rendimiento en esa/s área/s ?* Un 67% de los estudiantes respondió “porque le gusta más”; un 16% “porque son más fáciles”; un 14% “porque estudió más” y el 2% no contestó. (Tabla 6)

Clase	FA	FR
Estudió más	6	0,14
Le gusta más	29	0,67
Son más fáciles	7	0,16
No contesta	1	0,02

Tabla 6. Percepción sobre los motivos del mejor rendimiento.

Con respecto al desempeño en las estaciones:

Ante la pregunta *¿Cómo fue tu desempeño en las estaciones estáticas?* Un 56% de los estudiantes opinó “regular”, un 37% “bueno” y un 7% “muy bueno”. (Tabla 7)

Clase	FA	FR
Muy bueno	3	0,07
Bueno	16	0,37
Regular	24	0,56

Tabla 7. Percepción sobre su desempeño en las estaciones estáticas.

Ante la pregunta, *¿A qué atribuyes tu desempeño en las estaciones estáticas??* El 47% lo atribuye a “los nervios”; el 33% lo atribuye a “saber interpretar las consignas”; el 12% a “saber estudiar”, un 5% a “no saber interpretar las consignas” y otro 5% lo atribuyó al “poco tiempo para resolver el ejercicio”. (Tabla 8)

Clase	FA	FR
A saber estudiar	5	0,12
A no saber estudiar	0	0
A saber interpretar consignas	14	0,33
A no saber interpretar consignas	2	0,05
A los nervios	20	0,47
A otros motivos (poco tiempo)	2	0,05

Tabla 8. Motivos del mejor rendimiento en estaciones estáticas.

Ante la pregunta *¿Cómo fue tu desempeño en las estaciones dinámicas?* La mayoría (72%) lo consideró como “bueno”; el 14% como “muy bueno”; el 12% como “regular” y el 2% como “malo”. (Tabla 9)

Clase	FA	FR
Muy bueno	6	0,14
Bueno	31	0,72
Regular	5	0,12
Malo	1	0,02

Tabla 9. Percepción sobre su desempeño en las estaciones dinámicas

Ante la pregunta *¿A qué atribuyes tu desempeño en las estaciones dinámicas?* El 40% lo atribuye a los “nervios”; el 37% a “saber interpretar las consignas”; el 14% a “saber estudiar”; el 5% a “no saber interpretar las consignas”, un 2% a “no saber estudiar” y otro 2% a otros motivos como “cansancio y ansiedad” (Tabla 10)

Clase	FA	FR
A saber estudiar	6	0,14
A no saber estudiar	1	0,02
A saber interpretar consignas	16	0,37
A no saber interpretar consignas	2	0,05
A los nervios	17	0,40
A otros motivos (cansancio y ansiedad)	1	0,02

Tabla 10. Motivos del mejor rendimiento en las estaciones dinámicas

Con respecto a las consignas e instrucciones.

Ante la pregunta *¿Consideras que las consignas e instrucciones escritas estaban claras?* El 51% respondió “algunas”; el 40% respondió afirmativamente y un 9% respondió “no”. (Tabla 11)

Clase	FA	FR
Sí, estaban claras	17	0,40
No estaban claras	4	0,09
Algunas estaban claras	22	0,51

Tabla 11. Percepción sobre la claridad de las consignas en el ECOE

Con respecto al rol del docente en el ECOE:

Ante la pregunta *¿Qué rol/es cumplieron tus docentes durante el ECOE?* La percepción de los estudiantes fue la siguiente, un 36% lo percibió como “observador”; un 31% como “de acompañamiento”; un 24% como “guía”; un 5% como “de contención”; un 2% como “apoyo” y otro 2% no contestaron. (Tabla 12)

Clase	FA	FR
Acompañamiento	13	0,31
Guía	10	0,24
Contención	3	0,05
Observador	15	0,36
Apoyo	1	0,02
Otros	0	0
No contestó	1	0,02

Tabla 12. Percepciones sobre el rol docente durante el ECOE

Al preguntar *¿Qué sugerencias quieres hacer a los docentes del ECOE?*

El 60% no realizó sugerencias, algunos porque están conformes, mientras que el 40% restante, en general, manifestó lo siguiente: “Mayor contención por sentirse muy presionados; que intervenga, salude; que guíen y expliquen cuando ellos no comprenden la consigna; que les hablen para descomprimir los nervios y ansiedad; que comprendan más al alumno al ingresar a la estación; que su expresión no sea tan seria, para tranquilizar y dar confianza”

Al preguntar *¿Qué sugerencias quieres hacer con respecto al ECOE en general?*

El 23% no aportó sugerencias, mientras el porcentaje restante, en general sugirió lo siguiente: “que se calcule mejor el tiempo, porque en algunas no alcanzaba el tiempo y en otras sobra; mayor claridad en las instrucciones; práctica previa en el Gabinete de Simulación; contar con todos los materiales necesarios para realizar los procedimientos; que sean menos estaciones; que el sonido de los parlantes sea más fuerte; que el tiempo corra a partir de que el alumno entre a la estación y no cuando debe salir; que se practique con esta modalidad durante los años y no al finalizar el ciclo; además del reconocimiento previo del espacio agregar examen previo de la misma modalidad; tener una guía de qué y cómo estudiar y los materiales de años anteriores”

Conclusiones para la reflexión

Es considerable la suma de quienes tienen una idea errónea y desconocen el significado de las siglas “ECHOE”; (son 17 alumnos contra 26 que sí tienen una idea cierta); esto podría evidenciar una información insuficiente por parte de los docentes y coordinador de la Práctica Integradora de Enfermería I.

Se destaca que los resultados obtenidos corresponden a una cohorte y se prevé continuar con otros cohortes a fin de comparar los resultados.

Se evidencia que el alumno desconoce qué competencias se evalúan en cada estación, y no tiene en cuenta que se debe desempeñar como un buen profesional en todos los casos, poniendo en juego tanto sus conocimientos o saberes, como sus habilidades o saber hacer, actitudes o saber ser y saber comunicarse o relacionarse.

Los alumnos siguen manifestando nervios, ansiedad, temor en el momento del examen, lo que evidencia que no se “vivencia” o no se “percibe” a la evaluación como parte integral de la enseñanza y del aprendizaje, como un momento más de aprendizaje.

Esto nos permite reflexionar sobre la necesidad de implementar instancias de ECOE en primer y segundo año a fin de que el alumno se familiarice con el mismo.

Los rotantes han manifestado, en su mayoría, que el tiempo de cinco minutos para cada estación es escaso, recordemos que los nervios paralizan generalmente. También sugieren que las señalizaciones sean más llamativas, tener experiencias previas de ECOE durante la cursada del primer ciclo y continuar con el reconocimiento previo del lugar.

Con relación a la claridad de las consignas, el hecho que la mayoría (51%) haya percibido que “algunas” de las mismas fueron claras es motivo para prestar mayor atención en su redacción y sugerir al equipo organizador del ECOE que se estimen estrategias para la revisión de los ejercicios, de las listas de cotejos y de las instrucciones para el alumno.

Los alumnos que no realizaron sugerencias al docente argumentan “no tener sugerencias porque están conformes con el rol docente durante el ECOE.” Y quienes no realizaron sugerencias al ECOE argumentan simplemente que fue “una buena experiencia”.

En relación al rol del docente que se encuentra en cada estación como observador, los estudiantes piden que “tenga una actitud más amable, que les brinde confianza”, en las estaciones, incluso “que puedan orientar cuando no comprenden una consigna”; así también que “saluden” al alumno, que “no estén tan serios”.

Esto nos permite reflexionar sobre la importancia de una adecuada comunicación pedagógica durante las

instancias de evaluación, elemento fundamental y universal en la interacción docente-alumno que debe contribuir a formar profesionales autónomos, reflexivos y responsables, con una actitud crítica y humanizada frente a la vida, a partir de sus necesidades y contexto sociocultural, creando espacios de comunicación democráticos, flexibles y armoniosos, donde se favorezca la formación integral.

En la comunicación pedagógica se describen las funciones: afectiva, reguladora y socializadora como fundamentales, porque con ellas los actores expresan sus emociones y sentimientos, aunque se establecen diferencias, dependiendo de la forma de ser de cada uno de los actores. Se regula la relación educativa, mediante normas y acuerdos que permiten el manejo adecuado de conflictos y situaciones difíciles que requieren equilibrio para evitar malestar entre ellos.

Ante estas percepciones de los estudiantes, nos preguntamos ¿por qué el docente dentro de cada box estaría serio?, ¿por qué no se mostraría amigable y tranquilizador?, ¿por qué no saludaría al estudiante? Podríamos pensar en futuros proyectos de investigación sobre el tema, y preguntarnos, si el docente que colabora en el ECOE ¿está de acuerdo con esta modalidad de examen? ¿Cómo se construye la percepción del docente de Enfermería acerca del ECOE?

Bibliografía

I De Camilloni, A (et al.) "La evaluación de los aprendizajes en el debate didáctico contemporáneo". Buenos Aires: Paidós. 2010

MONEREO, C. "La autenticidad de la evaluación" en CASTELLÓ M. (Coord) (2009) La evaluación auténtica en enseñanza secundaria y universitaria, Barcelona, Edebé, Innova universitat. Disponible en: <http://www.sinte.es/websinte/images/pdf/monereo14.pdf>

Trejo-Mejía, J. y col. "Elaboración de estaciones para el examen clínico objetivo estructurado (ECO). Revista Electrónica de Investigación Médica 2014: 3 (9): 56-59. Disponible en: <http://riem.facmed.unam.mx?q=node/161>

Trejo-Mejía, J. "Evaluación de la competencia clínica con el examen clínico objetivo estructurado en el internado médico de la Universidad Nacional Autónoma de México". Gaceta Médica de México. 2014: 150:8-17.

Serdio Romero, E. "ECO: Evaluación Clínica Objetiva Estructurada", Revista Medicina de Familia (And) Vol. 3, N° 2, mayo 2002. Disponible en:

www.um.es/c/document_library/get_file?uuid=9fa20d68-26f6-430c-8451-7842598bea17&groupId=115466

Factores laborales y extralaborales de ausentismo en el personal de Enfermería de Hospitales Públicos de la provincia de Entre Ríos.

Argentina, septiembre de 2014

Rougier, Ana Delia ¹
Gross, Estela Mercedes ²
Robiolo, Lidia Yolanda ³
Santa María, Sergio Javier ⁴
Schmidt, Yanina Soledad ⁵

■ **Palabras claves**

Ausentismo
Factores laborales
Factores extra laborales
Personal de enfermería

■ **Contacto**

rougierana@gmail.com

^{1 al 5} Facultad de Ciencias de la Vida y la Salud.
Universidad Autónoma de Entre Ríos

Resumen

Considerando que el ausentismo del personal de enfermería constituye uno de los problemas de relevancia dentro de las instituciones de salud, lo cual repercute directamente en la calidad de los cuidados, se abordó un estudio respecto a los Factores Laborales y Extras Laborales relacionados al ausentismo del personal de enfermería.

La investigación fue diseñada desde un enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal, cuya población estuvo determinada por el personal de enfermería de cuatro hospitales públicos de las ciudades de Paraná, Concordia y Villaguay, en la que se estableció una muestra de 222 enfermeros mediante un muestreo aleatorio simple.

Los datos fueron recopilados a partir de una encuesta, aplicando como instrumento un cuestionario con preguntas cerradas y analizados mediante estadística descriptiva.

Dentro de los resultados más significativos, se pueden mencionar que la muestra en su gran mayoría estuvo conformada por mujeres, en un rango de 32 a 51 años de edad; donde el 62% tiene hijos menores de 20 años. En cuanto al nivel de formación se destaca el de enfermero, de los cuales el 55% tiene hasta 10 años de antigüedad. En lo que respecta a los Factores Laborales de Ausentismo, se destacaron: el no otorgamiento del total de los descansos mensuales, los descansos no coincidentes con un fin de semana por mes, la planificación de 4 o más días de trabajo continuos en un mismo turno, la no autorización de los cambios de guardia entre los agentes

de servicio y la no coincidencia entre el periodo Licencia Anual Ordinaria solicitada y la otorgada. En los Factores Extra Laborales de Ausentismo, se identificaron como relevantes, la presencia de hijos lactantes, la presencia de hijos en edad preescolar y el trabajo diario en dos o más instituciones.

Introducción

Desde el punto de vista del fomento de la salud, el trabajo tiene un valor incalculable según Kalimo (1988) dando a las personas la sensación de pertenecer a un sector de la sociedad que se considera importante, necesario y valioso; les proporciona una oportunidad para ejercer sus aptitudes, utilizar y ampliar sus conocimientos, así como adquirir otros nuevos. Les permite formar parte de un medio social, en el que puede hallar un lugar donde interactuar con los demás, orientándose hacia ciertas metas y tener el apoyo mutuo dentro de una red de relaciones interpersonales. Le proporciona la oportunidad de asumir funciones muy diversas en su actividad cotidiana, aumentando así sus posibilidades, creando también la necesaria estructuración del tiempo¹. Sin embargo, situaciones de índole personal, familiar o laboral, pueden influir en el individuo para ausentarse del trabajo.

El término absentismo², también llamado ausentismo, procede del vocablo latino asentís y se aplicaba a los terratenientes irlandeses que vivían en Inglaterra y abandonaron sus tierras. A partir del siglo XVIII, con el desarrollo industrial, el concepto de absentismo adquiere nuevas connotaciones, ya que se usó para referirse a los trabaja-

dores fabriles que se ausentaban de sus trabajos. Con el transcurrir del tiempo, el concepto se fue modificando, hasta llegar a abarcar una importante dimensión social, económica y humana, con repercusiones para la empresa, dificultando la planificación, obstaculizando los objetivos y encareciendo el producto final, significando asimismo para el trabajador tensión entre los compañeros y disminución de su salario. Por último, tiene implicancias para la sociedad, ya que supone en algunos casos, disminución de los ingresos a la Seguridad Social, encarecimiento de los productos y deficiencia en los servicios.

Sanz (2003) coincide en que el ausentismo laboral, es un factor generador de efectos negativos en las organizaciones, lo cual se ve reflejado en elevados costos de operaciones, problemas de calidad, dificultad para alcanzar los objetivos propuestos y supone más del 80 % del gasto en salud cuando un trabajador enferma³.

Actualmente el absentismo laboral es un hecho cotidiano en las empresas, casi todos los trabajadores se han ausentado alguna vez de su trabajo por muy distintas razones, este fenómeno afecta tanto a las grandes empresas como a las medianas y pequeñas.

En 1959, Behrend definió el absentismo como “sinónimo de ausencia voluntaria del trabajo, es decir, la práctica de aquellos trabajadores que dejan de presentarse al trabajo, dando excusas o sin alegar razón alguna”; señala además, que “el absentismo o ausentismo no constituye un síntoma de inquietud social, tan espectacular como las huelgas, pero enfatiza que el volumen del tiempo perdido como

consecuencia de este fenómeno es muy superior al del tiempo perdido por causa de los conflictos de trabajo”⁴.

Para la Organización Internacional del Trabajo (1991), el ausentismo, es “la no asistencia al trabajo por parte de un trabajador del que se pensaba que iba a asistir, quedando excluidos los períodos vacacionales y las huelgas”. En este sentido, Ribaya (2000) lo considera como “toda ausencia de una persona de su puesto de trabajo, en horas que correspondan a un día laborable, dentro de la jornada legal de trabajo”, es decir, las vacaciones o los días festivos no son ausentismo⁵.

La etiología del ausentismo es multifactorial, evidenciándose en variados determinantes como factores dependientes del trabajo, factores peri laborales, factores extra laborales, patologías reales, factores individuales, factores administrativos y del sistema de compensación. Desde esa perspectiva, Rodríguez de la Prada (2002), señala que entre las causas de ausentismo laboral más frecuentes, se encuentran los problemas de salud, estrés y ansiedad laboral, situaciones de inseguridad y clima laboral insostenible, falta de valores y expectativas del empleado, insatisfacción laboral del individuo, baja motivación, falta de promoción laboral y desigualdad en oportunidades, agravios, responsabilidades familiares, falta de adaptación del trabajador a su puesto de trabajo, actitudes hacia el puesto de trabajo, factores externos y de la organización del trabajo⁶.

Se considera también, que el ambiente de trabajo como variable social, puede ser una fuente

importante de sufrimiento mental o relacionarse al proceso de salud-enfermedad como ruidos, iluminación inadecuada, temperaturas extremas, la estética, la higiene y el cuidado. En cuanto a la organización del trabajo, puede repercutir en los trabajadores por el contenido de la actividad, el horario de trabajo, la sobrecarga o la poca carga física y mental de la tarea, la participación y el compromiso en el trabajo, el ritmo y la presión en el trabajo y las dificultades para ascenso en las funciones, debido a la poca aparición de cargos y mejoras de sueldos⁷.

Un ambiente laboral inadecuado, puede convertirse en una fuente de distress e impactar positiva o negativamente en la satisfacción y desempeño laboral de un individuo, ya que una persona bajo condiciones de insatisfacción o problemas familiares, disminuye su capacidad de rendimiento.

La actitud de ausentismo para Senge (1991) puede identificarse como una forma de rutina defensiva frente al miedo o la complicación que genera enfrentar un ambiente laboral con riesgo, tensión o conflictos⁸. Sin embargo, la satisfacción en el trabajo se da cuando hay un reconocimiento por la labor realizada, cuando el trabajador sabe hacer bien su trabajo y le gusta lo que hace, cuando hay seguridad e identificación con su grupo

de trabajo y su labor es útil a la sociedad a la que pertenece.

Particularmente Barbosa y Soler (2003) sostienen que Enfermería se constituye como la mayor fuerza de trabajo en los hospitales, contando con una estructura jerárquica, cumplimentando rutinas, normas y reglamentos a partir de un cálculo de personal cualitativo y cuantitativo considerado insuficiente; situación que ocasiona y se refleja en un elevado número de faltas⁹.

Respecto a las faltas, Silva y Marziale (2000) refirieron que pueden estar directamente relacionadas a las condiciones de trabajo, reflejando una calidad y productividad laboral en la vida personal del trabajador de enfermería. Los servicios de salud, en especial los hospitales, proporcionan a sus empleados condiciones de trabajo mucho más deficientes, en relación al resto de servicios de salud¹⁰. Esta afirmación surge de la naturaleza de las actividades que involucran el desempeño de las actividades en el ámbito de la asistencia, donde los trabajadores de enfermería se encuentran constantemente expuestos a riesgos ocupacionales relacionados a agentes físicos, químicos y biológicos, así como a factores ergonómicos y psicosociales.

Las condiciones de trabajo en enfermería se relacionan a largas jornadas laborales, con turnos sobrecargados, rotaciones horarias, múltiples funciones, repetición y monotonía, ritmo intenso y excesivo de trabajo, ansiedad y esfuerzos físicos, posiciones incómodas, lo cual puede desencadenar accidentes y enfermedades.

Los riesgos ocupacionales varían de acuerdo con las actividades ejercidas y con el medio ambiente, pudiendo desencadenar perjuicio para la salud del trabajador, ocasionando su ausencia¹¹.

El Consejo Internacional de Enfermería (CIE) reconoce que los servicios de enfermería deben ser accesibles las 24 horas del día, lo que hace necesario el trabajo por turnos. Al mismo tiempo preocupa al CIE la posibilidad de que el trabajo por turno influya negativamente en la salud de la persona, en su capacidad para actuar, en el grupo que coopera, y en la continuidad de los cuidados y que ello afecte a los servicios que dispensan¹².

El ausentismo para enfermería es una fuente de preocupación, pues desorganiza los servicios, genera insatisfacción y sobrecarga entre los trabajadores; en consecuencia disminuye la calidad de los cuidados. Se puede encontrar en la literatura coincidencia de criterios de las posibles fuentes

de insatisfacción en el trabajo de los profesionales de enfermería, como son el cansancio, las escasas posibilidades de capacitación o superación profesional, debido a una inadecuada política de educación continuada de las instituciones, los sistemas de turnos rotativos, la escasez creciente de recursos humanos, la realización de funciones que no se corresponden con el nivel alcanzado, que traen como consecuencia agobio, fatiga, inadecuadas relaciones interpersonales y desmoralización entre los enfermeros y por consiguiente, cuidados de salud sin la calidad requerida que merecen las personas sanas o enfermas.

Por esta razón, se decidió abordar esta temática a partir de un estudio descriptivo, a fin de generar los primeros antecedentes, dado que en la provincia Entre Ríos son escasos los estudios respecto a esta problemática. Esto podría ser el inicio para profundizar en el ausentismo de enfermería y poder incorporar a futuro a instituciones profesionales y educativas de enfermería que valoren los resultados y establezcan posibles estrategias.

Objetivos

- Identificar las características del Personal de Enfermería de Hospitales Públicos de la Provincia de Entre Ríos durante el mes de setiembre de 2014.
- Identificar los Factores Laborales y Extra Laborales de Ausentismo del Personal de Enfermería de Hospitales Públicos de la Provincia de Entre Ríos durante el mes de setiembre de 2014.

Metodología

Esta investigación fue abordada desde un enfoque descriptivo, cuantitativo y transversal, abarcando cuatro Hospitales Públicos de las localidades de Paraná, Concordia y Villaguay. Dichas localidades son cabecera de los departamentos homónimos y comprenden hospitales de nivel de complejidad VI y VIII.

La población comprendió al personal de enfermería, en un total de 905, que se desempeña en estas instituciones correspondiendo a licenciados en enfermería, enfermeros profesionales y auxiliares en enfermería. De esta población se realizó un muestreo aleatorio simple conformando una muestra de 222 personas.

La recolección de los datos fue realizada mediante encuestas, utilizando como instrumento un cuestionario con preguntas cerradas, a fin de obtener información respecto a las características del personal de enfermería, los factores laborales y factores extra laborales de ausentismo. En lo

que respecta a los factores relacionados al ausentismo se utilizó una serie de indicadores para determinar si provocan ausentismo, en una escala de frecuencia (siempre, frecuentemente y nunca).

Los resultados fueron volcados en tablas de doble entrada y analizados mediante estadística descriptiva.

Resultados

En la Tabla 1 respecto a las características del personal de enfermería, se evidencia que un 82%, corresponde al género femenino y en un rango de 32 a 51 años de edad. Podemos destacar que la profesión de enfermería es desempeñada mayormente por mujeres, cuyos roles biológicos (embarazo, climaterio) y sociales (esposa, madre) que transcurren coincidiendo con su etapa laboral, responsable de la educación de sus hijos, la atención de su hogar, constituyendo una doble jornada y un desgaste físico importante, siendo estos motivos potenciales de ausentismo.

El número de horas dedicadas al trabajo y los horarios rotativos influyen negativamente en el ritmo de la vida, dificultando la participación en actividades deportivas, de recreación y culturales.

La responsabilidad en la crianza de los hijos, considerando los resultados que marcan un porcentaje del 62%, en cuanto a la presencia de hijos menores de 20 años y que la legislación vigente otorga licencias para su cuidado (licencia por índole familiar), podemos considerar que estas

características impactarían directamente en el ausentismo imprevisto.¹³

De la población estudiada, se observa que el 55% corresponde a personal de hasta 10 años de antigüedad y el 45% restante a más de 10 años de antigüedad, impactando en el Ausentismo Previsto, dado que a mayor antigüedad laboral, corresponden más días de Licencia Anual Ordinaria.¹⁴

Respecto de la situación de empleo, el 23% del personal encuestado tiene 2 trabajos y más de 3, suponiendo que es el personal que tiene ausentismo reiterado, provocado por problemas de salud de naturaleza física y psicológica, generando trastornos de sueño, alimenticios, necesidades fisiológicas, fatiga, disminución del estado de alerta, estrés y desorganización familiar.

Los datos observados según Nivel de Estudio analizado, el 11% corresponde a licenciados en enfermería, el 71% a enfermeros y el 18% a auxiliares de enfermería, pudiendo clasificarse la dotación del personal de los Hospitales Públicos estudiados, como “Muy Buena”, según las Normas de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Enfermería en Establecimientos de Atención Médica.¹⁵

En la Tabla 2, se identifican los Factores Laborales de Ausentismo, en las categorías “No otorgamiento del total de los descansos mensuales”, “Descansos no coincidentes con un fin de semana por mes”, “Planificación de 4 o más días de trabajo continuos en un mismo turno”, “No autorización de los cambios de guardia entre los agentes

de servicio” y “No coincidencia entre el periodo Licencia Anual Ordinaria (LAO) solicitada y la otorgada”, que provocan “siempre y frecuentemente” ausentismo en un promedio del 70%, que podrían estar relacionados con la planificación mensual del personal y la gestión de los servicios.

Respecto de las categorías “Mala relación interpersonal en el equipo de trabajo” y “No abordaje de los conflictos subyacentes en el equipo de trabajo”, provocan ausentismo siempre y frecuentemente, en un promedio de más del 50%, considerando que los enfermeros sufren los conflictos que se generan dentro de los equipos de trabajo, las dificultades con sus jefes directos, con sus pares y con el personal a su cargo, entorpeciendo la comunicación, alterando la armonía y el desarrollo del trabajo, tornándose dificultoso y poco gratificante.¹⁶

En la Tabla 3, se identifican los **Factores Extra Laborales de Ausentismo**, en cuanto “situación familiar” en las categorías “Presencia de hijos lactantes” y “Presencia de hijos en edad preescolar”, el personal entrevistado considera en un promedio de alrededor del 50% que provoca ausentismo siempre y frecuentemente, pudiendo considerarse estos factores importantes, ya que influirían directamente en la vida diaria, tanto personal como familiar. El cuidado y la educación de los hijos, la atención al familiar enfermo, sumado al número de horas dedicadas al trabajo y la rotación en distintos turnos que dificultan la participación en actividades recreativas o escolares de los hijos, tendría

repercusión en el escaso tiempo libre que les queda.

En la categoría “Trabajo diario en dos o más instituciones”, en un 55% se identificó que provoca ausentismo siempre y frecuentemente, dado que el personal de enfermería, está expuesto a una serie de riesgos físicos y psíquicos, a la que se añaden las dificultades cotidianas, ligadas a la organización del trabajo, tales como sobrecarga, problemas de comunicación entre colegas, así como los horarios, la rotación de turno y la jornada nocturna.

Todos estos factores de riesgo, aunados a las condiciones y estilos de vida, configuran perfiles de malestares, enfermedades, desgaste físico y emocional, incapacidades e insatisfacción laboral en el personal de enfermería.

Conclusiones

Los enfermeros trabajan en organizaciones dedicadas a prestar cuidados para la satisfacción de la necesidad de salud de las personas y en las comunidades. Los trabajan en el ámbito de recuperación de la salud, lo hacen diariamente en hospitales y clínicas, enfrentando múltiples problemas que derivan tanto de la atención directa del paciente, como de la administración y coordinación del equipo de salud. Es así que, durante el transcurso de nuestra vida laboral, hemos podido constatar y observar en distintos centros asistenciales, los problemas y dificultades a los que se ven enfrentados los enfermeros hospitalarios y que podrían estar indicando que el nivel de satisfacción laboral de éstos no es el mejor.

Reflexionar, asumir y vivenciar estos aspectos éticos, es un compromiso desde los actos cotidianos, intencionados y se deben constituir en una forma de vida del ejercicio diario de la profesión, como un hábito permanente del Profesional de Enfermería para asegurar un cuidado con humanismo.

En base a los objetivos del estudio, se identificaron como principales **Características del Personal de Enfermería** encuestado: que el 82% es de género femenino, con un rango de edad de 32 a 51 años (adultos jóvenes), representando el 62% de la muestra, igual porcentaje corresponde a los que tienen hijos de hasta 20 años de edad. El 45% de la población estudiada corresponde al grupo con más de 10 años de antigüedad laboral y un nivel de estudio en su mayoría de enfermero, representado por un 71%. En lo que respecta a Situación de Empleo, el 77% se desempeña laboralmente en un trabajo, el 23% en dos o más trabajos.

En cuanto a los **Factores Laborales de Ausentismo** se destacaron, el no otorgamiento del total de los descansos mensuales, los descansos no coincidentes con un fin de semana por mes, la planificación de 4 o más días de trabajo continuos en un mismo turno, la no autorización de los cambios de guardia entre los agentes del servicio, la no coincidencia entre el periodo licencia anual ordinaria solicitada y la otorgada, la mala relación interpersonal en el equipo de trabajo y el no abordaje de los conflictos subyacentes en el equipo de trabajo.

De los **Factores Extra Laborales de Ausentismo** se

identificaron como relevantes, la presencia de hijos lactantes, la presencia de hijos en edad preescolar y el trabajo diario en dos o más instituciones.

En función a los resultados obtenidos proponemos planificar y realizar estudios a fin de profundizar en forma cuanti-cualitativa acerca de las características, opiniones de los trabajadores, motivación personal y factores relacionados a la problemática del ausentismo.

En base a estos estudios podrían desprenderse estrategias en distintos ámbitos, a fin de potenciar el desarrollo de competencias comunicativas en los profesionales de salud, que permitan una comunicación eficiente con el paciente, autoridades y entre pares, en el trabajo continuo y conjunto de normas institucionales, la participación y consenso en la planificación con los equipos de gestión.

Difundir los resultados de este estudio, implica socializar un problema evidente donde se describen particularidades, que se relacionan con el ausentismo del personal de enfermería, pudiéndose abordar desde la formación de los futuros profesionales del cuidado.

Referencias

- 1** Kalimo, Raija. Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1988.
- 2** Melle Nova Pilar. Profesora de Sociología del Trabajo. Centro Europeo de Estudios Superiores. Madrid. Cuaderno de Relaciones Laborales, N° Serv. Publico UCM. Madrid. 1996.
- 3** Sanz J. Las patologías mentales y osteoarticulares causan el absentismo laboral más duradero. Madrid. 2003.
- 4** Behrend H. La ausencia voluntaria del trabajo. Revista Internacional Trabajo. Ginebra 1959:2-59-70.
- 5** Ibidem.
- 6** Rodríguez de La Prada A. Absentismo laboral. Instituto Nacional de Higiene y Seguridad Laboral. Madrid. 2002.
- 7** Ibidem.
- 8** Senge, Peter. La Quinta Disciplina. SENGE, P. La Quinta Disciplina. El arte y la práctica de la organización abierta al aprendizaje. Informe 00/37 OIT. Editorial Juan Garnica S.A. Barcelona. España. 1992.
- 9** Barbosa DB, Soler ZA. Afastamentos do trabalho na enfermagem: ocorrências com. trabalhadores de un hospital de ensino. Rev. Latino-AM Enfermagem 2003 marco-abril; 11(2):177-83
- 10** Silva DMP, Marziale MH. Absentismo de trabalhadores de enfermagem em Um hospital universitario. Rev. Latino-AM Enfermagem 2000 setembro-outubro; 8(5):44-51
- 11** Ibidem.
- 12** CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERIA. Guía sobre la Seguridad en el Trabajo: cuestiones a discutir. Ginebra. 1989.
- 13** Ministerio de Gobierno, Justicia y Educación de la provincia de Entre Ríos. Ley 3289. Estatuto del Empleado Público. Régimen de Contralor de Licencias por Enfermedad Personal de la Administración Pública. Entre Ríos. Argentina.1993
- 14** Ibid.
- 15** Ministerio de Salud. Resolución 194. Organización de los Servicios de Enfermería. Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Buenos Aires. Argentina. 1996
- 16** Aguirre Raya Dalila A. Satisfacción laboral de los recursos humanos de enfermería: factores que la afectan. Rev haban cienc méd [revista en la Internet]. 2009 Nov [citado 2015 Feb 23]; 8(4): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000400021&lng=es.

Bibliografía

- AGUIRRE RAYA DALILA A. Satisfacción laboral de los recursos humanos de enfermería: factores que la afectan. Rev haban cienc méd [revista en la Internet]. 2009 Nov [citado 2015 Feb 23]; 8(4): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000400021&lng=es.
- BARBOZA, D. B. SOLER, Z. A. Afastamentos do trabalho na enfermagem: ocorrências com. Trabalhadores de un hospital de ensino. Revista Latinoamericana de Enfermería. Marzo/Abril. 2003.
- BEHREND, H. La ausencia voluntaria del trabajo. Revista Internacional Trabajo. Ginebra. 1999.
- CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERIA. Guía sobre la Seguridad en el Trabajo: cuestiones a discutir. Ginebra. 1989.
- KALIMO, R. Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 1988.

- MINISTERIO DE GOBIERNO, JUSTICIA Y EDUCACIÓN DE LA PROVINCIA DE ENTRE RÍOS. Ley 3289. Estatuto del Empleado Público. Régimen de Contralor de Licencias por Enfermedad Personal de la Administración Pública. Entre Ríos. Argentina. 1993
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION. Resolución 194. Organización de los Servicios de Enfermería. Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Ministerio de Salud. Buenos Aires. Argentina. 1996
- PINEDA, E. B. ALVARADO, E. L. Metodología de la Investigación. 3ra. Edición. OPS / OMS, Washington, 2008.
- RODRÍGUEZ DE LA PRADA, A. Absentismo laboral. Instituto Nacional de Higiene y Seguridad Laboral. 2002. Disponible en: www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/21861/2/articulo3.pdf
- SANZ, J. Absentismo Laboral: Las patologías mentales y osteoarticulares. 2003. Disponible en:

www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/21861/2/articulo3.pdf
- SENGE, P. La Quinta Disciplina. El arte y la práctica de la organización abierta al aprendizaje. Informe 00/37 OIT. Editorial Juan Garnica S.A. Barcelona. España. 1992.
- SILVA, D. MARZIALE, M. H. Absentismo de trabalhadores de enfermagem em Um hospital universitario. Revista Latinoamericana de Enfermería. Septiembre/Octubre. 2000.

Anexo 1

Tabla 1. Características del Personal de Enfermería de Hospitales Públicos de la provincia de Entre Ríos en cuanto a edad, género, estado civil y edad de hijos, nivel de estudio, antigüedad laboral y situación de empleo. Septiembre de 2014.

Características del personal de enfermería	Frecuencia	
	Nro	%
Edad		
Entre 22 y 31	58	26%
Entre 32 y 41	74	33%
Entre 42 y 51	63	29%
Entre 52 y más	27	12%
TOTAL	222	100%

Género	Nro	%
	Hombre	41
Mujer	181	82%
TOTAL	222	100%

Edad de hijos	Nro	%
	Hasta 10 años	106
Entre 11 y 20 años	104	31%
Entre 21 años y más	68	20%
Sin Hijos	61	18%
TOTAL	339	100%

Nivel de estudio	Nro	%
	Magíster	-
Licenciado	25	11%
Enfermero	158	71%
Auxiliar	39	18%
TOTAL	222	100%

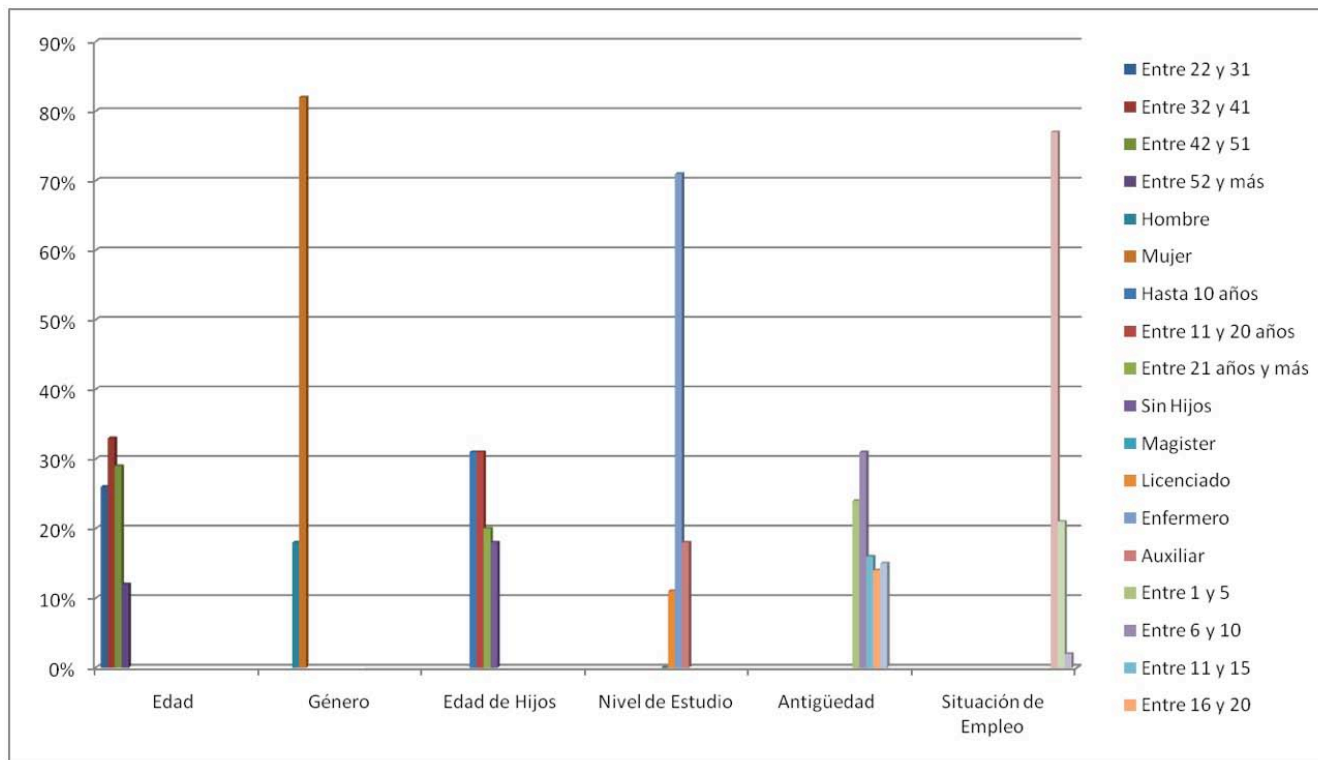
Antigüedad Laboral	Nro	%
	Entre 1 y 5	55
Entre 6 y 10	65	31%
Entre 11 y 15	37	16%
Entre 16 y 20	31	14%
Entre 21 y más	34	15%
TOTAL	222	100%

Situación de Empleo	Nro	%
	1 trabajo	171
2 trabajos	47	21%
Más de 3 trabajos	4	2%
TOTAL	222	100%

Fuente: Elaboración propia

Anexo 2

Gráfico 1. Características del Personal de Enfermería de Hospitales Públicos de la provincia de Entre Ríos en cuanto a edad, género, estado civil y edad de hijos, nivel de estudio, antigüedad laboral y situación de empleo. Septiembre de 2014.



Anexo 3

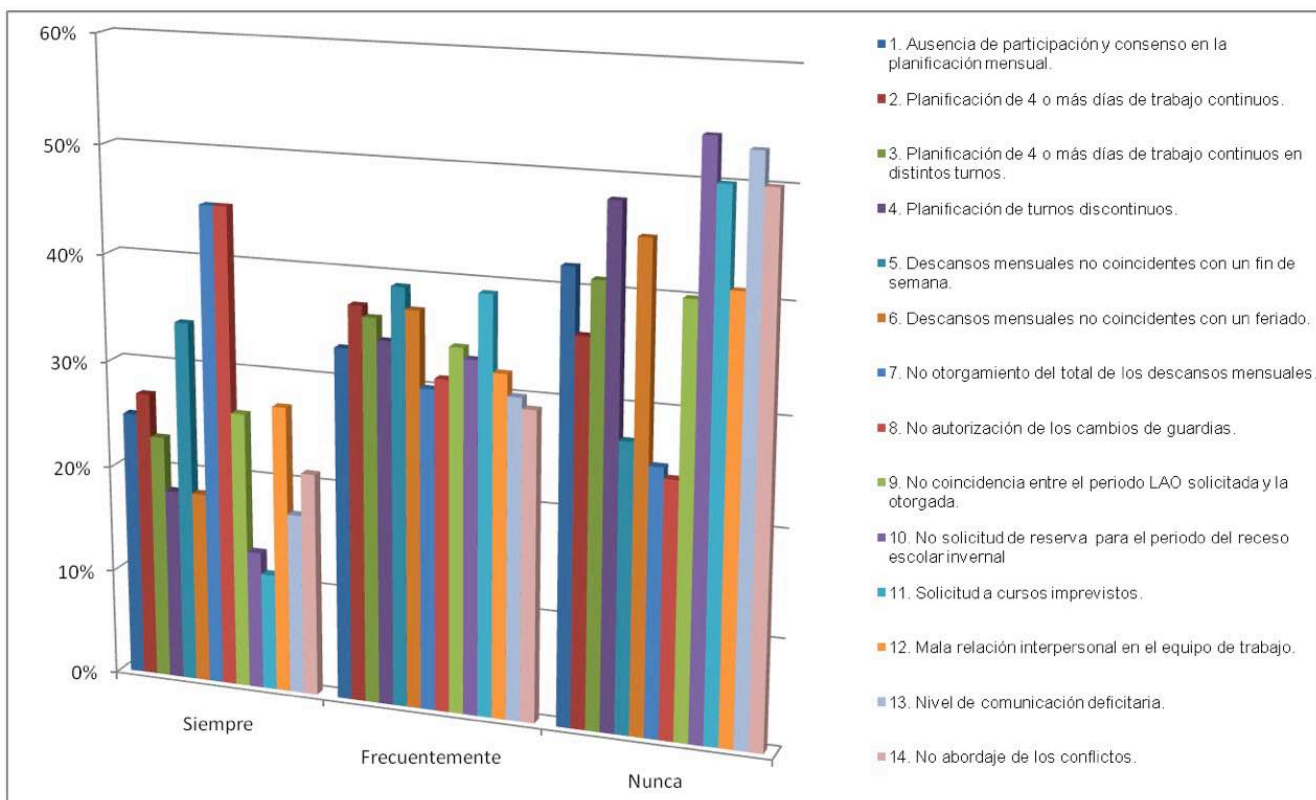
Tabla 2. Factores Laborales de Ausentismo del Personal de Enfermería de Hospitales Públicos de la provincia de Entre Ríos. Septiembre de 2014.

Factores Laborales de Ausentismo	Frecuencia							
	Siempre		Frecuente-mente		Nunca		Total	
	Nro	%	Nro	%	Nro	%	Nro	%
1. Ausencia de participación y consenso en la planificación mensual de distribución horaria.	55	25%	74	33%	93	42%	222	100%
2. Planificación de 4 o más días de trabajo continuos en un mismo turno.	59	27%	82	37%	81	36%	222	100%
3. Planificación de 4 o más días de trabajo continuos en distintos turnos.	51	23%	79	36%	92	41%	222	100%
4. Planificación de turnos discontinuos.	39	18%	76	34%	107	48%	222	100%
5. Descansos mensuales no coincidentes con un fin de semana por mes.	75	34%	87	39%	60	27%	222	100%
6. Descansos mensuales no coincidentes con un feriado nacional y/o provincial por personal.	39	18%	82	37%	101	45%	222	100%
7. No otorgamiento del total de los descansos mensuales.	100	45%	66	30%	56	25%	222	100%
8. No autorización de los cambios de guardias entre agentes del servicio.	99	45%	69	31%	54	24%	222	100%
9. No coincidencia entre el periodo Licencia Anual Ordinaria (LAO) solicitada y la otorgada.	57	26%	77	34%	88	40%	222	100%
10. No solicitud de reserva de 5 días LAO para el periodo del receso escolar invernal	29	13%	74	33%	119	54%	222	100%
11. Solicitud a cursos imprevistos sin solicitud de Licencias por Estudio.	24	11%	87	39%	111	50%	222	100%
12. Mala relación interpersonal en el equipo de trabajo.	59	27%	73	32%	90	41%	222	100%
13. Nivel de comunicación deficitaria en el equipo de trabajo.	37	17%	67	30%	118	53%	222	100%
14. No abordaje de los conflictos subyacentes en el equipo de trabajo	46	21%	65	29%	111	50%	222	100%

Fuente: Elaboración propia

Anexo 4

Gráfico 2. Factores Laborales de Ausentismo del Personal de Enfermería de Hospitales Públicos de la provincia de Entre Ríos. Septiembre de 2014.



Anexo 5

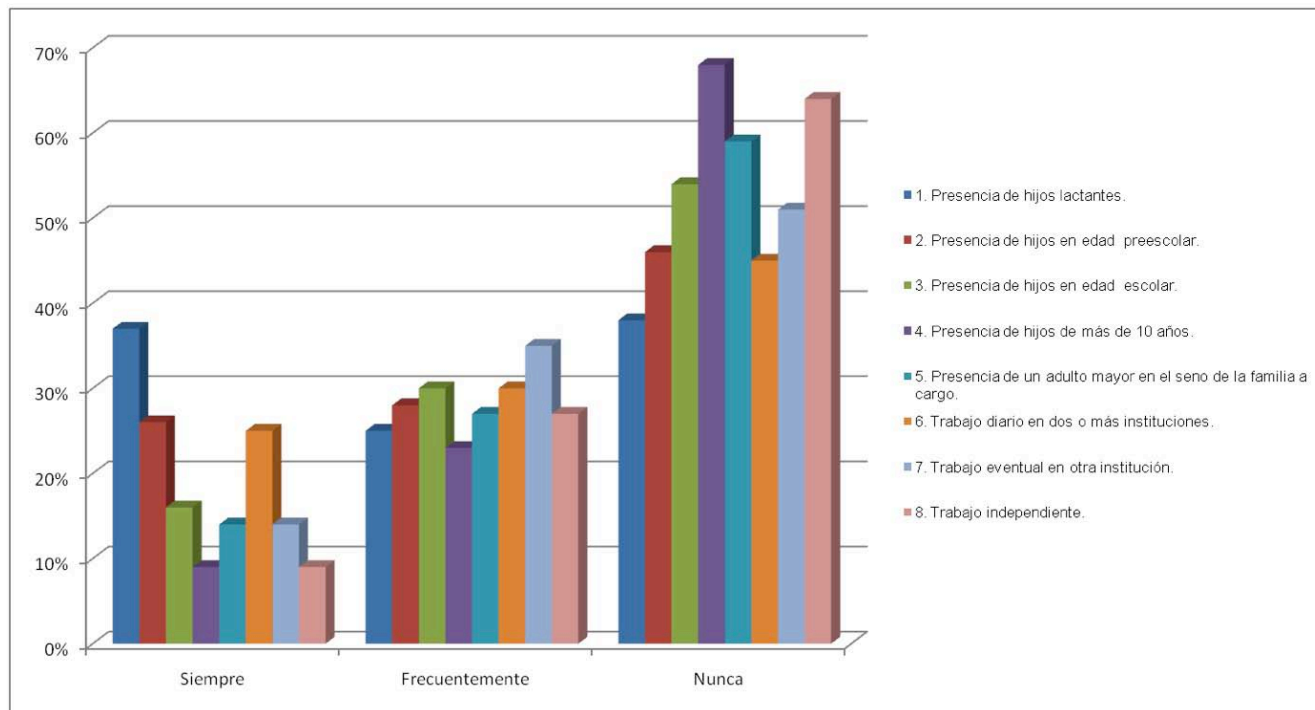
Tabla 3. Factores Extra Laborales de Ausentismo del Personal de Enfermería de Hospitales Públicos de la provincia de Entre Ríos. Septiembre de 2014.

Factores Laborales de Ausentismo	Frecuencia							
	Siempre		Frecuente-mente		Nunca		Total	
	Nro	%	Nro	%	Nro	%	Nro	%
1. Presencia de hijos lactantes.	81	37%	56	25%	85	38%	222	100%
2. Presencia de hijos en edad preescolar.	59	26%	61	28%	102	46%	222	100%
3. Presencia de hijos en edad escolar.	36	16%	65	30%	121	54%	222	100%
4. Presencia de hijos de más de 10 años.	21	9%	49	23%	152	68%	222	100%
5. Presencia de un adulto mayor en el seno de la familia a cargo.	32	14%	60	27%	130	59%	222	100%
6. Trabajo diario en dos o más instituciones.	56	25%	65	30%	101	45%	222	100%
7. Trabajo eventual en otra institución.	30	14%	78	35%	114	51%	222	100%
8. Trabajo independiente.	19	9%	62	27%	141	64%	222	100%

Fuente: Elaboración propia

Anexo 6

Gráfico 3. Factores Extra Laborales de Ausentismo del Personal de Enfermería de Hospitales Públicos de la provincia de Entre Ríos. Septiembre de 2014.



Impacto laboral en graduados de la carrera de Enfermería de la Universidad Adventista del Plata.

Escudero, Daniela Edith.¹

Morales Ojeda, Ismael.²

Bertuccio, Analía.³

■ Palabras claves

Impacto

Graduados

Enfermería

■ Contacto

danielaescudero@doc.uap.edu.ar

^{1, 2, 3} Licenciados en Enfermería. Docentes de la Carrera de Enfermería, Universidad Adventista del Plata.

Resumen

Objetivos: Se planteó evaluar el logro profesional alcanzado por los enfermeros egresados de la UAP para determinar cuáles son los desafíos para fortalecer.

Material y método: Se diseñó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal que incluyó egresados de los últimos 10 años de la carrera (n=210). El contacto se hizo por redes sociales y los cuestionarios se completaron digitalmente por Survey Monkey. Se evaluó el impacto a través del nivel de logro autopercebido (bueno, regular, poco) alcanzado en tres áreas: Desarrollo Profesional, Calidad de Atención y Atención al Paciente y Familia.

Resultados: La muestra fue constituida principalmente por mujeres (79,4%). La actividad más realizada es la asistencial (57,1%) y casi la mitad (47,3%) ha ejercido actividades directivas o de supervisión sobre el trabajo de otros colegas. La mayoría de estos (71,2%) considera que sus sugerencias y recomendaciones son escuchadas dentro del equipo.

Sobre la Formación Profesional los enfermeros destacan habilidades para: Mantener una conducta ética en todos los actos (97,7%), mantener siempre todas las normas de asepsia (95%).

En Calidad de la Atención: Mantener los valores cristianos (86,4%), evitar disputas y conflictos (97,6%) fueron las más reconocidos.

En las Competencia sobre Necesidades del Paciente los

egresados resaltan poseer: la educación a la familia sobre los cuidados en el hogar y la prevención de enfermedades (72,7%), otorgar consuelo o apoyo psicológico al paciente y su familia (72,7%) y ser honesto para comunicarse con el paciente (95,5%).

Conclusiones: Si bien los egresados perciben un impacto bueno en las tres áreas evaluadas, se destacan las relacionadas a la conducta ética y moral. El desafío es fortalecer el impacto en actividades de liderazgo, investigación y actualización de contenidos.

Introducción

Diversas universidades y centros educativos proponen la realización de estudios de seguimiento de egresados como un medio para evaluar los resultados de la educación y entrenamiento en habilidades específicas. Esta información derivada de la investigación puede ser utilizada como medio de garantía en la evaluación de la calidad educativa brindada(1). En este sentido se destaca en la actualidad que una de las tareas de la educación superior es hacer transparente su labor social, no sólo para establecer un diálogo productivo, sino también para poner en evidencia su importancia y calidad de sus servicios(2). Esta necesidad de evidencia se vuelve indispensable a la hora de defender la educación de calidad, pues muchas veces la falta de información impide que la sociedad en su conjunto pueda reconocer la importancia estratégica que tiene en el desarrollo económico, social y político en el que está inmersa. La

preparación de individuos capacitados que poseen los requerimientos que la sociedad demanda en momentos y en situaciones particulares es el principal objetivo de los servicios educativos de calidad, quienes desarrollan sus programas educativos según la realidad del tiempo en que se vive. A modo de contexto, el actual modelo de desarrollo económico incluye aspectos como la masificación y la globalización lo que conlleva a la necesidad de dar respuesta oportuna a una gran diversidad de realidades sociales que van más allá de las áreas del saber y que abarcan también un manejo profesional como agentes del desarrollo en el plano ético y moral (3). De esta forma, mediante un enfoque institucional se puede decir que el conocimiento bien establecido de las fuerzas y las debilidades de los programas de estudio constituye una herramienta esencial para la gestión de la calidad, lo que genera al mismo tiempo una mayor responsabilización de las instituciones de educación con su trabajo formativo(4). El vínculo entre las instituciones educativas y sus egresados es una de las estrategias que permiten orientar las acciones institucionales; implementando y descubriendo nuevos métodos de enseñanza-aprendizaje y optimizando los recursos según los requerimientos del mercado laboral. Este tipo de estudios comprenden al egresado como una fuente de retroalimentación de la efectividad de la aplicación de la misión y visión presentadas y de la ejecución de un currículo a través de las experiencias recogidas en el entorno laboral y frente a las demandas de éste.(3)(4).

En el caso particular de las Ciencias de la Salud se sabe

que el propósito formativo general es mejorar la calidad de vida de las personas sanas y enfermas, objetivo cada vez más relevante si se considera que en la actualidad la mayoría de los sistemas de salud del mundo existe una preocupación por la situación de salud que prevalece en los países, donde se observa una creciente escasez de recursos humanos calificados y una gran demanda de servicios(5). En este sentido la atención se ha diversificado en equipos interdisciplinarios donde Enfermería es la carrera responsable de la gestión del cuidado a través de acciones de atención asistencial, educativa, gestión e investigación(6). En la Universidad Adventista del Plata (UAP), la formación del licenciado de enfermería pretende que haga frente a las características del sistema de salud donde se desenvuelve por medio de un conjunto de capacidades que le permiten(7):

- Brindar cuidados de enfermería en ámbitos comunitarios y domiciliarios, hospitales y centros de salud.
- Diagnosticar las necesidades de cuidado y ayuda que tienen el individuo, la familia y la comunidad en situación de salud y de enfermedad.
- Integrar el equipo interdisciplinario intersectorial, participando en la toma de decisiones relacionadas con la atención integral y continua, respetando sus valores, costumbres y creencias.
- Promover la participación de la comunidad en la búsqueda del mejoramiento de la calidad de vida.

- Demostrar una conducta ética cristiana, asumiendo la responsabilidad de sus actos y respetando los principios que rigen el ejercicio profesional.

- Planificar, ejecutar y evaluar cuidados de enfermería tendientes a la satisfacción de las necesidades del individuo sano o enfermo en situaciones de autocuidado y de complejidad intermedia en los distintos niveles de prevención.

- Definir, establecer y participar en políticas de atención, administración, educación e investigación en enfermería.

- Desempeñar funciones directivas y docentes en carreras y escuelas universitarias y no universitarias de enfermería privados y estatales.

- Participar en investigación en Enfermería y otras áreas con el objeto de contribuir al desarrollo profesional y al mejoramiento de la salud de la población.

- Brindar cuidados de Enfermería en situaciones de alto riesgo en centros asistenciales y en la comunidad.

- En el transcurso de los 5 años de estudio, los alumnos realizan prácticas hospitalarias, comunitarias y en laboratorios con equipamientos de alta tecnología.

Estas capacidades descritas plantean el interrogante de cuál es el Impacto de los egresados de enfermería de la UAP que tienen en los diversos servicios en que se desenvuelven, considerando este efecto como una reper-

cusión o influencia importante que se da en el lugar de trabajo mediado por sus características personales, fortalezas y debilidades. Para esto se ha definido Impacto como la capacidad que tiene un profesional para generar los cambios (positivos) que se esperan de él dentro de la institución o el lugar en que se desenvuelve. Se espera que un profesional enfermero ejerza impacto en tres ámbitos y para ello deberá ser competente en: su área profesional (involucrando la formación personal), en la calidad de atención que brinda (relacionado al equipo de salud) y en la satisfacción de las necesidades de los usuarios, familias y comunidades. De esta forma se abarca de manera amplia su desenvolvimiento en áreas que lo involucran como individuo, como parte de un equipo de salud interdisciplinario y como parte de una sociedad, pues se destaca que la universidad influye en gran medida en la formación de sus egresados, en su escala de valores y en la forma en que estos interpretan el mundo comportándose en él, pues desarrolla en cada uno una disciplina y un rol social.(3) (8)

Objetivo

Evaluar el logro profesional alcanzado por los enfermeros egresados de la UAP en las áreas: Desarrollo Profesional, Calidad de Atención y Atención al Paciente y Familia para determinar cuáles son los desafíos para fortalecer.

Materiales y método

A partir de la revisión bibliográfica se creó una encuesta para aplicarse de manera autoadministrada que evaluó el impacto de los egresados. El cuestionario consta de 30 preguntas relacionadas al impacto de los egresados a través del nivel de logro autopercebido (bueno, regular, poco) alcanzado en 3 áreas: Desarrollo Profesional, Calidad de Atención y Atención al Paciente y Familia.

Las preguntas tenían opciones de respuestas con escalas de Likert de cinco puntos.

La encuesta fue dispuesta on-line a través del programa Survey Monkey. Todos los egresados de los planes de Enfermería y Licenciatura en Enfermería que concluyeron en los últimos 10 años (N=210) recibieron la invitación a participar por medio de redes sociales y de correo electrónico. El cálculo muestral estimando 5% de error fue de 54 y finalmente la muestra quedó conformada por los n=63 cuestionarios que fueron respondidos.

La recolección y el procesamiento de la información se realizó en cumplimiento de los principios de la “Declaración de Helsinki”(9)

Se analizó los datos con el paquete estadístico SPSS v.19 y se aplicó un análisis descriptivo.

Resultados

Características de la población

La muestra de egresados estuvo constituida principalmente por mujeres (79,4%), más de la mitad estaban casados (54%) y 7 de cada 10 egresados no tenía hijos. Principalmente mantenían la titulación intermedia (71,4%) y casi 30% habían logrado un título de grado fuera de la UAP. Casi la mitad (47,3 %) había ejercido actividades directivas o de supervisión sobre el trabajo de otros colegas o miembros del equipo de salud y un 71% consideraba que sus sugerencias y recomendaciones eran escuchadas dentro del equipo. (Ver tabla 1)

Variable	Frecuencia	%
Sexo		
Masculino	13	20,6
Femenino	50	79,4
Estado civil		
Soltero	27	42,9
Casado	34	54,0
Divorciado	1	1,6
Concubinato	1	1,6
Tiene hijos		
Sí	17	27,4
No	45	72,6
Nivel Académico alcanzado en la UAP		
Intermedio	45	71,4
Grado-Licenciado	18	28,6
Nivel Académico alcanzado en otra universidad		
Ninguno	27	52,9
Pregrado	8	15,7
Licenciado	15	29,4
Magister	1	2,0
Experiencia en el ejercicio de funciones directivas o de supervisión sobre el trabajo de otros colegas o miembros del equipo de salud		
Sí	26	47,3
No	29	52,7

Los graduados permanecen en promedio 3,25+2 años en la principal institución, trabajando en general en una institución y como máximo en dos. Actualmente las horas semanales de trabajo fueron 41+15 en todos sus trabajos. (Ver tabla 2)

En promedio se puede observar que quienes se egresan demoran un total de 2 – 3 años en alcanzar su grado académico más alto (desde licenciado a magister). (Ver tabla 3)

La actividad más realizada por los egresados corresponde a la asistencial (57,1%) seguida de gestión (12,5%), la opción “ninguna” corresponde principalmente a aquellos graduados que no realizan actividades de enfermería actualmente con un 17,9%. La segunda actividad más realizada por la muestra es asistencial (24,4%) y docencia (12,2%). (Ver tabla 4)

Según la autoevaluación realizada por los egresados en el área de formación profesional se destacan como fortalezas las habilidades para: Mantener una conducta ética en todos los actos (97,7%), mantener siempre todas las normas de asepsia (95%) y realizar las técnicas de manera correcta y con todos los pasos (88,6%). Las tres principales cosas por fortalecer fueron: mantener la actualización en contenidos teóricos (9,1%), la capacidad de tomar decisiones en base a resultados de investigaciones realizadas en el servicio o institución donde se

Tabla 1. : Datos sociodemográficos y relacionados con educación, en egresados de la Carrera de Enfermería, UAP

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.
Cantidad de años de trabajo, en la principal institución donde se desempeña actualmente	44	0	10	3,25	2,703
Cantidad de instituciones para las que trabaja actualmente	43	0	2	1,12	0,448
Promedio de horas semanales de trabajo (en todos sus trabajos)	45	5	80	41,09	14,963

Tabla 2: Experiencia actual en egresados de la Carrera de Enfermería, UAP (esta tabla yo la eliminaría y dejaría solo el comentario).

Desde el egreso, años que le llevó alcanzar su grado académico más alto (N=23)	Frecuencia	%
0 -1 años	5	21,74
2 -3 años	11	47,83
4 -5 años	3	13,04
6 o más años	4	17,39

Tabla 3: Años en que recibió la titulación de enfermero, licenciado y mayor titulación actual en egresados de la Carrera de Enfermería, UAP

	Principal actividad de enfermería realizada		Segunda actividad de enfermería realizada	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Asistencial	5	(57,1)	10	(24,4)
Docencia	32	(5,4)	5	(12,2)
Investigación	3	(7,1)	4	(9,8)
Gestión	4	(12,5)	3	(7,3)
Ninguna	10	(17,9)	19	(46,3)

Tabla 4: Actividades de enfermería más realizadas por los egresados en los puestos de trabajo, en egresados de la Carrera de Enfermería, UAP.

trabaja y actualizarse constantemente en procedimientos y técnicas, ambas con un 6,8%. (Ver tabla 5)

En el área de Calidad de la Atención las fortalezas de los egresados son: Mantener el orden y la limpieza del servicio, Evitar disputas y conflictos entre el equipo de salud y el paciente (97%) y mantener los valores cristianos que inculcó la universidad (86,4%). En cuanto a las áreas para fortalecer se destacan: Hacer investigación dentro de la institución para generar conocimiento

(45,5%) y Ejecutar tareas directivas o de jefatura en algún servicio, unidad o institución (44%). (Ver tabla 6).

En cuanto a la competencia en las necesidades del paciente se destacó la honestidad para comunicarse con el paciente (95%), La educación a la familia sobre los cuidados en el hogar y la prevención de enfermedades y el Otorgar consuelo o apoyo psicológico al paciente y su familia (ambas con 72%). La oración por el paciente

Área de formación profesional	N	Poco		RegularB		Bueno	
		n	%	n	%	n	%
Considero la opinión de mis colegas de trabajo paratomar direcciones directivas	44	2	4,5	7	15,9	35	79,5
Tomo decisiones en base a resultados de investigaciones realizadas en el servicio o institución donde trabajo.	44	3	6,8	11	25	30	68,2
Mantengo mi actualización en contenidos teóricos.	44	4	9,1	15	34,1	25	56,8
Me actualizo constantemente en procedimientos y técnicas	44	3	6,8	15	34,1	26	59,1
Realizo las técnicas de manera correcta y con todos los pasos.	44	1	2,3	4	9,1	39	88,6
Mantengo siempre todas las normas de asepsia.	44	0	0	2	4,5	42	95,5
Mantengo una conducta ética en todos mis actos.	43	0	0	1	2,3	42	97,7
Soy un ejemplo de bondad y buenas relaciones humanas en el lugar donde trabaj.	44	0	0	11	25	33	75
Tengo una actitud conciliadora y progresista.	44	0	0	10	22,7	34	77,3

Tabla 5: Impacto en el área de formación personal, presente en los egresados de la Carrera de Enfermería, UAP.

Área calidad de la atención	N	Poco		RegularB		Bueno	
		n	%	n	%	n	%
Soy considerado un líder responsable.	44	2	4,5	9	20,5	33	75
Ejecuto tareas directivas o de jefatura en algún servicio, unidad o institución.	43	19	44,2	9	20,9	15	34,9
Mantengo los valores cristianos que me inculcó la univesidad.	44	1	2,3	5	11,4	38	86,4
Realizo atención espiritual como parte importante de la atención integral	44	2	4,5	23	52,3	19	43,2
Participo en congresos o cursos de capacitación en áreas de enfermería	44	7	15,9	17	38,6	20	45,5
Hago investigación dentro de la institución donde trabajo, para generar conocimiento	44	20	45,5	11	25	13	29,5
Detecto problemas oportunamente y trato de solucionarlos.	44	1	2,3	8	18,2	35	79,5
Apoyo a colegas en la ejecución de técnicas o procedimientos	42	1	2,4	6	14,3	35	83,3
Favorezco a cambiar la actitud de aquellas personas que trabajan descuidadamente.	42	1	2,4	12	28,6	29	69
Colaboro a que mis cdegas respeten todas las normas de asepsia.	42	0	0	7	16,7	35	83,3
Mantengo el orden y la limpieza del servicio.	42	0	0	1	2,4	41	97,6
Evito disputas y conflictos entre los miembros del equipo de salud.	42	0	0	6	14,3	36	85,7
Evito disputas y conflictos entre el equipo de salud y el paciente.	42	0	0	1	2,4	41	97,6
Brindo una atención integral	42	0	0	7	16,7	35	83,3
Incentivo a mis colegas en la atención del área espiritual de los pacientes.	41	9	22	18	43,9	14	34,1
Evito chismes y malos comentarios dentro de la irstitución.	42	2	4,8	12	28,6	28	66,7
Identifico problemas y planteo soluciones posibles	41	2	4,9	9	22,0	30	73,2

Tabla 6: Impacto en el área de calidad de la atención, en los egresados de la Carrera de Enfermería, UAP.

Área de competencia en necesidades del paciente	N	Poco		RegularB		ueno	
		n	%	n	%	n	%
Educo a la familia sobre los cuidados en el hogar y la prevención de enfermedades	44	4	9,1	8	18,2	32	72,7
Brindo consuelo o apoyo psicológico al paciente y su familia	44	0	0	12	27,3	32	72,7
Oro con el paciente y su familia		8	18,2	18	40,9	18	40,9
Soy honesto/a para comunicarme con el paciente	44	0	0	2	4,5	42	95,5

Tabla 7: Impacto en el área de competencia en necesidades del paciente, en los egresados de la Carrera de Enfermería, UAP.

y su familia es un área que se debe seguir fortaleciendo (18% de los egresados oraba por los pacientes). (Ver tabla 7)

Discusión

En el siglo XXI la enfermería es una carrera que se desarrolla más allá de lo conceptual, creando una identidad y disciplina propia que la identifica de otras profesiones. Esperándose de ella que pueda impactar en los lugares en los que se ejecuta. De manera general se puede decir que los egresados de la UAP tienden a permanecer una media de 3,25 años en las instituciones donde trabajan, lo que es considerado adecuado para poder desarrollarse y ser reconocido como enfermeros, sobre todo si los egresados tienen monoempleos que demandan 41 horas semanales promedio.

A la hora de analizar la labor realizada, diversos autores mencionan a la autonomía como un valor fundamental en el ejercicio de la enfermería(6)(10), y esto se ve reflejado en cómo un 71,2% dice que sus opiniones son

escuchadas en los servicios, cosa que a su vez revela un desarrollo de pensamiento crítico y una integración en los cuidados. En cuanto al ejercicio del liderazgo, proyectado como experiencia directiva y de supervisión, se observa que es uno de los puntos a fortalecer en la actualidad, considerando que casi la mitad ha ejercido esta experiencia. Si bien este resultado incluye también a recién graduados con menos de 1 año de experiencia, la demanda y desafío de enfermería para el futuro es la capacidad del profesional de adaptarse a diversos escenarios, reconociendo y valorando necesidades insatisfechas rápidamente para darles solución estratégica y adecuada desde diversos ámbitos, habilidad que sin lugar a dudas requerirá un amplio desarrollo del liderazgo(11).

Considerando que los egresados se desempeñan en el nivel hospitalario, en áreas asistenciales y de gestión, a la hora de evaluar la ejecución de su formación, es posible apreciar seguridad y manejo en elementos relevantes del quehacer de enfermería. Estas características son las enfatizadas en el plan de estudios, siendo desarrollados objetivamente en las áreas: personal

(conducta ética, asepsia y adecuado manejo de técnicas), Calidad de la atención (Valores cristianos, evitar disputas y conflictos entre el paciente y los miembros del equipo) y en las necesidades del paciente (honestidad, consuelo y educación)(12) y se evidencian en el cumplimiento del cuidado adecuado del ser humano integral como centro de la atención. No obstante en las tres áreas se aprecia la necesidad de fortalecer: la actualización teórica/procedimental constante, la ejecución de tareas directivas y la necesidad de mejorar la investigación en los servicios para generar conocimiento y tomar decisiones. Estas últimas, probablemente son las repercusiones del contexto en que se desarrolla la enfermería en la actualidad, donde la amplia innovación tecnológica, la globalización, el capitalismo y la expansión del conocimiento e información en salud hacen necesario continuar con el desarrollo del paradigma enfermero, adecuándolo a las necesidades del ambiente social y natural de una comunidad global,(13) una tarea para fortalecer en la profesión enfermera desde la universidad.

Conclusión

Si bien este estudio permitió conocer el perfil sociodemográfico laboral de los egresados, detectando virtudes que obtienen los enfermeros que egresan de la UAP, es necesario continuar mejorando los procesos para fortalecer las áreas que no son fuertes. Este proceso de mejora a partir de la evaluación de los egresados es sin dudas una de las estrategias y debe ser sumada a una reflexión sobre la práctica docente cotidiana para que la formación de los enfermeros sea cada vez más adecuada a las necesidades y al perfil de profesionales que se pretende.

Referencias

1. Schomburg H. Manual para Estudios de Seguimiento de Graduados Universitarios Kassel: Capacity Building International; 2004.
2. Misas Arango G. La educación superior en Colombia, Análisis y estrategias para su desarrollo Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2004.
3. López Velásquez; A, Duarte Duarte, Flórez Ríos J, Taborda C. Espacio Iberoamericano del Conocimiento, El vínculo universidad-egresado: una acción socialmente responsable. In Congreso Iberoamericano de Educación, metas 2021; 2010; Medellín: Universidad de Antioquia.
4. Red GRADUA2 / Asociación Columbus. Manual de Instrumentos y recomendaciones para el Seguimiento de Egresados Monterrey: Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey; 2006.
5. García Ospina C, López Ríos LH, Osorio Gómez, Realpe Delgado C. Desempeño profesional de los egresados del programa de enfermería de la Universidad de Caldas y su relación con la ley de seguridad social en salud y con el perfil de formación. Hacia la Promoción de la Salud. 2007 Diciembre; XXII: p. 91-108.
6. Marriner Tomey a, Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. Séptima ed. Barcelona; 2011.
7. Licenciatura en Enfermería. [Online]. [cited 2014 Mayo 20. Available from: <http://uap.edu.ar/vicerectorias/academica/carreras/ciencias-de-la-salud/licenciatura-en-enfermeria/>.
8. Biencinto López C. Evaluación del impacto de la formación continua en el ámbito sanitario: diseño y especificación de un modelo casual. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid, Departamento de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación; 2003.
9. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. In Principios éticos para las investigación en seres humanos (ratificación); 2008; Seúl. p. 1-5.
10. Smeltzer, Bare, Hinkle, Cheever K. Brunner & Suddarth Medical-Surgical Nursing. Doceava ed.: Wolters Kluwer Health; 2013.
11. Quintero M. Grandes retos y desafíos se presentan para enfermería en el siglo XXI. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. 2008 Abril; VIII(1): p. 4 -5.
12. Marriner Tomey A. Guía de Gestión y Dirección de Enfermería. Octava ed. España: Elsevier; 2008.
13. Vásquez Triossi L. Conceptual development in nursing: evolution, tendencies and challenges. Avances en enfermería. 2006 Junio; XXIV(1): p. 73-80.

Seguimiento e inserción de egresados de Enfermería de la Universidad Adventista del Plata,

Entre Ríos, 2002 - 2012

Escudero, Daniela Edith.¹

Morales Ojeda, Ismael.²

Bertuccio, Analía.³

■ Palabras claves

Seguimiento

Inserción

Graduados

Enfermería

■ Contacto

danielaescudero@doc.uap.edu.ar

^{1, 2, 3} Licenciados en Enfermería. Docentes de la Carrera de Enfermería, Universidad Adventista del Plata.

Resumen

Objetivos: Describir el perfil sociodemográfico de los egresados de Enfermería de la Universidad Adventista del Plata (Entre Ríos), su inserción en el mercado laboral y las características del trabajo donde se desempeñan.

Material y método: Luego de un seguimiento de alumnos egresados de los últimos 10 años de la Carrera (N=210), por medio de redes sociales se realizó una encuesta on-line (n=63) a través del programa Survey Monkey. El cuestionario abordaba aspectos relacionados con el primer trabajo y las condiciones laborales actuales. Se planteó un análisis descriptivo.

Resultados: Al momento del egreso el 83,3% de los alumnos ya tenía trabajo y lo mantuvo en un 85,2%. El 96% trabajó en primer lugar en el área asistencial, principalmente en centros de atención hospitalaria (83,3%).

Actualmente la actividad más realizada por los egresados es asistencial (57,1%) seguida de gestión (12,5%). Los graduados permanecen un promedio de 3+2 años en la principal institución donde trabajan, desempeñándose en promedio en 1+0,45 institución. Semanalmente trabajan 41+15 horas.

Conclusiones: Los egresados de la UAP se insertan adecuadamente al mercado laboral tanto por la inserción como por el mantenimiento del puesto. Las áreas asistenciales y de gestión son las más desarrolladas. Las mayores dificultades percibidas para el ejercicio de la profesión son

de índole económicas y la movilidad podría estar relacionada a este aspecto.

Es posible considerar las condiciones de trabajo y remuneración para atraer al conjunto de los egresados y proveer condiciones que apunten a la satisfacción profesional.

Introducción

En la actualidad diversas instituciones educativas analizan el mercado laboral con el fin de establecer la relación existente entre la formación brindada a sus estudiantes y el puesto que desempeñarán en el futuro. Así, el seguimiento de los egresados es considerado una herramienta de medición de calidad de la formación, con la cual es posible plantear estrategias de mejora respecto a las reales necesidades del empleador, del trabajo y la sociedad (1) (2).

Uno de los interrogantes que puede plantearse una institución educativa está relacionado con la efectividad de su plan académico, en cuanto a si existe una relación entre sus cursos de grado y el nivel profesional que alcanzan sus egresados dentro de los puestos de trabajo (1).

La ejecución de estudios de graduados en diversas universidades y a lo largo del tiempo tiene la ventaja de asegurar de manera sistemática y estandarizada la llegada de información acerca del resultado educativo, lo cual es una ventaja al momento de medir los logros, tanto en instituciones, como en países en proceso de industrialización y en vías de desarrollo (3). Un ejemplo de esto lo constituye

el concepto de inserción laboral, habitualmente referido al proceso de incorporación de los individuos a alguna actividad económica y en la actualidad, es utilizado también por la sociedad como un indicador del bienestar que tiene una población. Estudiándose para su determinación (1):

1. Posiciones laborales ocupadas
2. Trayectoria
3. Explicación acerca de las variaciones de los dos aspectos anteriores.

El concepto de inserción profesional solo es aplicado cuando se utiliza en un grupo con estudios de nivel superior (universitario) y alude a la relación que existe entre la obtención de un título universitario y al desarrollo del rol como tal (1).

Algunos aspectos a considerar para evaluar inserción laboral y trayectoria en enfermería son (1):

1. Características del mercado de trabajo: lugar donde se desenvuelve el profesional, antigüedad, salario, funciones principales.
2. Relación entre formación académica y puesto que desempeña el profesional de enfermería
3. Características de la población: edad, sexo, especialidad, grado académico alcanzado.

Otro método de medición de calidad de la educación que brinda una institución, lo constituye el concepto de Impacto profesional. Impacto propiamente dicho se define como: “Conjunto de consecuencias provocadas por un hecho o actuación que afecta a un entorno o ambiente social o natural” (4). En el contexto profesional, impacto está asociado a la capacidad que tiene un profesional para generar los cambios (positivos) que se esperan de él, dentro de la institución o el lugar en que se desenvuelve (5). Si bien, hasta el momento no hemos encontrado una definición acabada de lo que es el impacto dentro de enfermería, si podemos referirnos a lo que de ella se espera en el contexto de su atención de la salud y a los cambios generados por la globalización y el uso de nuevas tecnologías. Algunas de las tareas esperadas para la profesión son (6):

- Profesionales de salud competentes en sus áreas.
- Profesionales que velen por la calidad de la atención.
- Que logren satisfacer las necesidades particulares de los usuarios, familias y comunidad.
- Participación en la toma de decisiones y adaptación a los cambios del sistema de salud.
- Generación y validación de conocimientos que promuevan mejores resultados en los cuidados del paciente.

En síntesis, podemos decir que para este estudio inserción corresponde al proceso de cambio que viven los estudiantes universitarios desde la obtención de su título profesio-

al hasta el desarrollo de un rol profesional – laboral dentro de alguna institución.

Objetivos

Describir el perfil sociodemográfico de los egresados de Enfermería de la Universidad Adventista del Plata (Entre Ríos), su inserción en el mercado laboral y las características del trabajo donde se desempeñan.

Materiales y metodos

Se planteó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal.

A partir de la revisión bibliográfica se creó una encuesta para aplicarse de manera autoadministrada que evaluó la inserción de los egresados.

El cuestionario consta de preguntas cualitativas relacionadas a la inserción de los egresados a través datos sociodemográficos y características del primer trabajo que tuvieron los egresados y del que desempeñan actualmente.

La encuesta fue dispuesta on-line a través del programa Survey Monkey. Todos los egresados de los planes de Enfermería y Licenciatura en Enfermería que concluyeron en los últimos 10 años (N=210) recibieron la invitación a participar por medio de redes sociales y de correo electrónico. Se obtuvo un índice de respuesta de 30% y la

muestra quedó conformada por n=63 cuestionarios que fueron respondidos (nivel de confianza de 95%, y margen de error de 10,4%).

La recolección y el procesamiento de la información se realizaron en cumplimiento de los principios de la “Declaración de Helsinki (7).

El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS v.19 y se aplicó un análisis descriptivo.

Resultados

La muestra de egresados estuvo constituida principalmente por mujeres (79,4%), más de la mitad estaban casados (54%) y 7 de cada 10 egresados no tenía hijos. Principalmente mantenían la titulación intermedia (71,4%) y casi 30% habían logrado un título de grado fuera de la UAP. El 75% de los enfermeros gana un sueldo entre 3.000 y 9.000 pesos. (Ver tabla 1)

Los graduados permanecen en promedio 3,2+2 años en el principal trabajo, desempeñándose en general en una institución y como máximo en dos. Actualmente las horas laborales semanales eran 41+15 en todos sus trabajos.

La actividad más realizada por los egresados corresponde a la asistencial (57,1%) y la gestión (12,5%). Casi el 18% de los egresados no realiza actividad de enfermería actualmente.

Variable	Frecuencia	%
Sexo		
Masculino	13	20,6
Femenino	50	79,4
Estado civil		
Soltero	27	42,9
Casado	34	54,0
Divorciado	1	1,6
Concubinato	1	1,6
Nivel Académico alcanzado en la UAP		
Intermedio	45	71,4
Grado-Licenciado	18	28,6
Nivel Académico alcanzado en otra universidad		
Ninguno	27	52,9
Pregrado	8	15,7
Licenciado	15	29,4
Magister	1	2,0
Estudió otra carrera universitaria después de graduarse de enfermería		
Sí	10	18,9
No	43	81,1
Promedio de remuneración total en un mes		
Entre 1000 – 3000	6	11,5
Entre 3001- 6000	21	40,4
Entre 6001 – 9000	18	34,6
Más de 9001	7	13,5
Total	52	100,0

Tabla 1: Datos sociodemográficos y relacionados con educación, en egresados de la Carrera de Enfermería, Universidad Adventista del Plata, 2002 – 2012.

Las situaciones que más han dificultado a los profesionales de enfermería mantenerse trabajando como enfermeros son: el escaso reconocimiento (25,4%), la escasa remuneración (23,8%) y el Embarazo y/o crianza (22,2%). (ver tabla 2)

Variable	Frecuencia	%
Área del primer trabajo luego de graduarse		
Asistencial	51	96,2
Docencia	1	1,9
Investigación	1	1,9
Lugar del primer trabajo		
Centro de atención secundaria (tratamiento y rehabilitación)	6	11,1
Centro de atención terciaria (hospitalaria)	45	83,3
Universidad (docente)	2	3,7
Centro de Investigación	1	1,9
Tenía trabajo como enfermero al momento de la graduación		
Sí	45	83,3
No	9	16,7
Trabajo regular, la mayor parte del tiempo desde su graduación		
Ninguno		
Sí	46	85,2
No	8	14,8
Situaciones o problemas que han dificultado mantenerse trabajando como enfermero		
Embarazo y /o crianza	14	22,2
Problemas de salud física	11	17,5
Estrés, agotamiento, cansancio emocional	13	20,6
Escasa remuneración	15	23,8
Escaso reconocimiento	16	25,4
Problemas con colegas del equipo de salud	11	17,5
Problemas con otros enfermeros	13	20,6
Rutina, aburrimiento	13	20,6
Problemas familiares	13	20,6
Mejores oportunidades laborales	11	17,5

Tabla 2: Primer trabajo luego de la graduación y situaciones/ problemas que han dificultado mantenerse trabajando en los enfermeros de la Universidad Adventista del Plata, 2002-2012.

Casi la totalidad (96%) de los enfermeros estudiados tuvo su primer trabajo en el área asistencial y realizando atención terciaria (83,3%). Al momento de la graduación 83% de los enfermeros contaba con trabajo y el 85% también lo tuvo regularmente desde su graduación. (ver tabla 2)

La mayor parte de los enfermeros mantuvo su primer trabajo menos de un año (35%) y entre 2 y 3 años (31%). La mitad de los egresados encuestados trabajó en dos o tres instituciones hasta la fecha y solo el 3,7% no trabajó en ninguna institución. Por otra parte, la mayor cantidad de tiempo que los enfermeros estuvieron sin trabajo fue de menos de un mes (61%) y entre 1 y 2 meses (17%). (ver tabla 3)

El 52% de los enfermeros estuvo menos de 1 mes desempleado y 19% entre 3 y 6 meses. (ver tabla 3)

Variable	Frecuencia	%
Cantidad de años que duró en su primer trabajo como enfermero		
Un año o menos	18	35,3
Entre 2 y 3 años	16	31,4
Entre 4 y 5 años	5	9,8
Entre 6 y 7 años	8	15,7
Ocho años o más	4	7,8
Número de instituciones en las que trabajó como enfermero desde su graduación		
Ninguna	2	3,7
Una	19	35,2
Dos o tres	27	50,0
Cuatro o más	6	11,1
Mayor cantidad de tiempo que ha estado sin encontrar empleo como enfermero desde su graduación		
Menos de un mes	32	61,5
Entre 1 y 2 meses	9	17,3
Entre 3 y 6 meses	7	13,5
Entre 7 meses y 1 año	2	3,8
Más de 1 año	2	3,8
Mayor cantidad de meses que ha estado desempleado luego de la graduación en egresados de la Carrera de Enfermería, UAP		
Menos de 1 mes	27	52,9
Entre 1 y 2 meses	6	11,8
Entre 3 y 6 meses	10	19,7
Entre 7 meses y 1 año	4	7,8
Entre uno y dos años	2	3,9
Más de dos años	2	3,9

Tabla 3: Evaluación de experiencia profesional y cesantía en egresados de la Carrera de Enfermería, UAP, 2002-2012.

Discusión

Los resultados mostraron el perfil de los egresados dejando evidente la necesidad de estos por continuar sus estudios, pues solo un 28% de los estudiantes finalizan sus estudios siendo licenciados en la UAP y el 52,9% no busca tampoco continuar con sus estudios de enfermería en otra universidad, ni estudiar otra carrera universitaria (81,1%). Sin embargo, muchas instituciones contratan y buscan incorporar enfermeros y licenciados a pesar de no tener continuidad en sus estudios quizás por el hecho de que cumplen con los requisitos del puesto o por no tener una mejor oferta de profesionales más formados. (1) En este sentido se puede apreciar un antagonismo en el sistema, pues a la vez que se espera una formación continuada del enfermero también se le asignan turnos completos como los de nuestra muestra de 41 horas semanales, los que impiden la especialización o posgraduación. En este sentido podemos decir que el profesional de enfermería es considerado de alta demanda, pues su invaluable trabajo abarca de manera integral el cuidado del ser humano, pero a pesar de esto su salario no supera los 6.000 pesos en la mitad de los enfermeros.

Llama la atención que entre los problemas que más dificultan mantenerse trabajando como enfermero estén incluidos, pese a su esfuerzo y continuidad el poco reconocimiento (25,4%) y la baja remuneración pese a la escasez de enfermeros profesionales en los servicios de todo el país. De la misma manera se podría decir que ambos resultados son causantes de cierto grado de vulnerabilidad considerando que la mayor parte de los profesionales de

enfermería son mujeres, que atraviesan periodos de Maternidad y/o Crianza llevando al abandono del rol profesional en virtud de los hijos.

En este sentido a través de una buena gestión de la institución comprendiendo la relevancia del enfermero frente a la demanda actual en los servicios de atención, las sobrecargas laborales y los problemas relacionados con el ejercicio de la profesión se le debería dar un rol protagónico que haga no solo accesible la incorporación, sino que favorezca la mantención en los puestos de trabajos con mejores oportunidades económicas y de capacitación.

Esta alta demanda es también evidenciada a la hora de observar que al igual que en otros trabajos de investigación (8) (9), los estudiantes ya tienen trabajo a la hora de graduarse en un 83,3% manteniendo un trabajo regular desde la graduación en un 85,2%. Es llamativo observar cómo a pesar del enfoque a la prevención en atención primaria (10), (11), en el primer trabajo de enfermero se aprecia un enfoque hacia el área asistencial (96,2%), siendo el primer lugar de trabajo el centro de atención terciaria u hospitalaria (83,3%), cosa similar a lo presentado en otros trabajos (1).

Esta demanda por los enfermeros recién egresados brinda la oportunidad de mantenerse trabajando en un servicio por 1 a 2 años (49%) o de mantener una movilidad institucional cambiando el lugar de trabajo, probando otras opciones. A pesar de los cambios, crisis no normativas, problemas o situaciones que se presentan en el abandono laboral de los enfermeros ellos se mantienen con empleo

casi siempre, estando desde la graduación ningún mes desempleado (61,5%).

Conclusión

La necesidad de incorporar enfermeros en los servicios de salud, explica la facilidad que tienen los enfermeros para encontrar trabajo, pues sus tiempos de cesantía y desocupación profesional son en muchos casos de cero meses. Su primer trabajo está asociado al desarrollo de labores asistenciales, destacándose como situaciones que dificultan permanecer empleado las relacionadas con problemas que pueden ser solucionados mediante el reconocimiento profesional y económico en relación con la alta demanda de enfermeros en los servicios. Los resultados indicarían la necesidad de promocionar el rol de enfermería para hacer patente su labor, a la vez que sería adecuado fortalecer las redes de enfermeros para estabilizar la carga de trabajo. Se incluye también la necesidad de mantener el perfeccionamiento constante, creando talleres o cursos desde la universidad, que ayude y apoye al profesional a formarse y a mantener la calidad de sus cuidados actualizados.

Bibliografía

1. Balseiro Almario , Zárate Grajales R, Matus Miranda R, Balán Gleaves C, García Cardona M, Sacristán Ruiz F. Inserción laboral de las (os) egresadas (os) del plan único de especialización en enfermería de la ENEO- UNAM: una experiencia de diez años. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. 2010 Julio-Septiembre; 7(3).
2. Universidad de Murcia. La inserción laboral de los titulados de la Universidad de Murcia España; 2006.
3. Schomburg H. Manual para Estudios de Seguimiento de Graduados Universitarios Kassel: Capacity Building International; 2004.
4. Real Academia Española. DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA. 22nd ed.: REAL ACADEMIA ESPAÑOLA; 2007.
5. García Ospina C, López Ríos LH, Osorio Gómez , Realpe Delgado C. Desempeño profesional de los egresados del programa de enfermería de la Universidad de Caldas y su relación con la ley de seguridad social en salud y con el perfil de formación. Hacia la Promoción de la Salud. 2007 Diciembre; XXII: p. 91-108.
6. Cisneros. Impacto de la globalización en las funciones de enfermería. Revista Acalán, México. 2003 Octubre-Diciembre; 28(1): p. 1-3.
7. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. In Principios éticos para las investigación en seres humanos (ratificación); 2008; Seúl. p. 1-5.
8. Casanovas I, Escuredo , Esteve , Abades , Guillaumet , Mitjans. Trayectoria laboral de las enfermeras de una escuela durante los 4 años siguientes a la graduación: 2000-2004. Enfermería Clínica. 2006 Septiembre; XVI(5): p. 238-243.
9. Casanovas , Escuredo , Esteve J. Situación laboral de los recién graduados en una escuela universitaria de enfermería. Enfermería Clínica. 2004; XXIV(3): p. 157-166.
10. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2013: Investigación para una cobertura sanitaria universal. Informe. Ginebra: OMS; 2013. Report No.: ISBN 978 92 4 069122 3 (PDF).
11. Organización Mundial de la salud. Informe sobre la salud en el mundo, La financiación de los sistemas de salud: El camino hacia la cobertura universal. Informe. OMS; 2010. Report No.: ISBN 978 92 4 068482 9.

Enfermería: 100 años de historia en la provincia de San Juan. Período 1915-2015

Margarita Ana Maldonado ¹

■ Palabras claves

Enfermería
Historia
Recursos Humanos
Formación
Memoria oral
Perfeccionamiento

■ Contacto

lopera9701@gmail.com

¹ Coordinadora Carrera Licenciatura en Enfermería.
Universidad Nacional de San Juan. Argentina.

Resumen

El presente artículo es el resultado de una investigación que da cuenta de cien años de historia de la enfermería de la provincia de San Juan, Argentina. Se realizó a través del análisis de diversos documentos y principalmente de la memoria oral de personas que participaron durante el período comprendido entre los años 1915 - 2015. El contenido reúne el contexto de salud, actores principales, propuestas de perfeccionamiento, desarrollo y avances de la disciplina en una etapa de la historia. Los datos obtenidos permiten recuperar acontecimientos ocurridos en el campo profesional evidenciando un importante progreso técnico con énfasis en la enfermedad e institucionalización de la atención, con escasa repercusión en la investigación y en el análisis de la disciplina; razón por la cual su crecimiento ha resultado lento en un siglo de historia.

Introducción

Este trabajo se propone realizar algunos aportes al desarrollo de la Enfermería a partir de situaciones específicas que tuvieron lugar en la provincia de San Juan durante el siglo XX, considerando el modo en el que los hechos ocurridos en esta provincia intervinieron en la configuración profesional de la trama nacional. En especial nos centramos en la segunda mitad del siglo XX y la primera década del siglo XXI, periodo en el que la Enfermería amplía sus horizontes desde lo profesional a lo académico ya que ingresa a una etapa institucional en el seno de las Universida-

des. Específicamente nos detenemos en la creación de la Carrera de Licenciatura en Enfermería en la Universidad Nacional de San Juan.

Es difícil reconstruir la historia de la enfermería en nuestra provincia, dado que no se encuentran documentos específicos que narren cómo ha sido su evolución a través del tiempo. La escasa bibliografía al respecto, inclusive a nivel nacional ¹, produce un vacío que invisibiliza la profesión a nivel general y en particular desaprovecha la experiencia colectiva, la cual podría enaltecer el crecimiento profesional. Al respecto, Beatriz Morrone cita a Rodolfo Walsh

“Nuestras clases dominantes han procurado siempre que los trabajadores no tengan historia, no tengan doctrina, no tengan héroes y mártires. Cada lucha debe empezar de nuevo, separada de las luchas anteriores: la experiencia colectiva se pierde, las lecciones se olvidan. La historia parece así como propiedad privada cuyos dueños son los dueños de todas las cosas”. (Morrone, 2012 ²)

Sea ingenua o no la falta de registro de los acontecimientos ocurridos en el campo profesional; la Enfermería de San Juan tiene una deuda histórica que recuperar. Para hacerlo, es necesario recurrir a la memoria oral, utilizando como herramienta los relatos de vida de las personas que participaron y dieron origen a la disciplina en la provincia ³. El recorrido que proponemos considera aspectos relacionados con la situación de la salud, la situación de enfermería, la

propuesta de OPS- OMS y el progreso de los procesos en diversos ámbitos de la enfermería en el período mencionado.

Situación de salud

A comienzos del siglo XX, la salud era considerada una responsabilidad individual. Al Estado sólo le concernía lo referido a procurar la higiene de las ciudades, atender las emergencias concretas y evitar la difusión de epidemias (o combatirlas en caso de que las hubiera). La administración de los hospitales era cedida, en la mayoría de los casos, a asociaciones civiles o religiosas.

El Estado Nacional conducía las actividades sanitarias a través de dos organismos: el Departamento Nacional de Higiene (creado en 1880, dependiente del Ministerio del Interior) y la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales (bajo la órbita del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, organizado en conjunto con la Administración Nacional de Vacuna, en 1881). Este último organismo era el que vinculaba al Estado con las Sociedades de Beneficencia y hospitales.

Las preocupaciones médico-sanitarias de las autoridades sanjuaninas durante el período analizado pueden resumirse en tres grandes temáticas según Alejandra Ferrarini:

- Higiene en la ciudad y la población.
- Ejercicio de la medicina.

- Lucha contra el curanderismo y epidemias y enfermedades infectocontagiosas ⁴.

En cuanto a este último tema, Nelly Alvis Rojas afirma que las enfermedades infectocontagiosas más habituales eran la diarrea estival y la poliomielitis:

“Las patologías recurrentes que se transformaban en verdaderas epidemias como por ejemplo en el verano la diarrea estival en los niños, y también, lamentablemente en esa época había epidemia de poliomielitis, o sea la parálisis infantil, que también por ahí se presenta en personas adultas” ⁵.

A mediados del siglo pasado, exactamente en enero de 1944, en la ciudad de San Juan se produjo un terremoto devastador que no sólo destruyó viviendas sino que mostró la vulnerabilidad del sistema sanitario. La Nación acudió en ayuda de la provincia y el Poder Ejecutivo nacional creó el Consejo de Reconstrucción de San Juan, dependiente del Ministerio del Interior. Éste emprendió acciones para atender la emergencia, entre las cuales se destacó la construcción de viviendas de carácter precario. Surgieron así 25 barrios en zonas suburbanas con serios problemas de infraestructura básica de servicios ⁶. La crisis social y sanitaria planteada generó la necesidad de desarrollar estrategias para afrontar la problemática de la salud ya que, a la falta de saneamiento, medios e infraestructura sanitaria se añadieron las enfermedades infecciosas que complicaban aún más la situación de salud de la población.

Mientras el escenario sanjuanino estaba impregnado de cambios por los hechos acontecidos, en el país, el presidente Juan D. Perón impulsaba una transformación ideológica en cuanto a la responsabilidad del Estado en la salud de la población. Los nuevos principios responsabilizaron y comprometieron al Estado en el bienestar y la salud.

Este posicionamiento consideró a la salud pública como prioridad del Estado y permitió que se creara por primera vez en el país, un área administrativa específica con rango de Ministerio cuya meta fue establecida por Ramón Carrillo quien, asumiendo como el primer ministro de Salud Pública, afirmó:

“Ningún habitante de la Nación puede estar desamparado por el solo hecho de carecer de recursos. El dolor y la enfermedad son niveladores sociales; por eso no existirá verdadera justicia social si el pobre no dispone de idénticas posibilidades de curarse que el rico, si no cuenta con los mismos elementos e igual asistencia médica que éste” ⁷.

El doctor Carrillo estableció sus prioridades basándose en aquellas áreas en las que consideraba urgente actuar: 1) mortalidad infantil, 2) tuberculosis, 3) enfermedades venéreas, 4) salud mental; 5) epidemias como el paludismo, 6) inválidos; 7) promedio de vida de la población.

El Plan Analítico de Salud Pública publicado en 1947, explicaba las causas, las consecuencias y los efectos

del atraso argentino en el campo de la “salud”.

Para mejorar la salud de la población, entre otras cosas, la Argentina necesitaba 20.000 enfermeras profesionales. El Doctor Carrillo encontró una colaboradora inteligente y eficaz en la secretaria de la Escuela de Enfermeras del Hospital Peralta Ramos, Teresa Adelina Fiora. Ella propuso la centralización de todas las escuelas existentes y la creación de nuevos planes de estudio para modernizar la enseñanza.

En menos de un año, con el apoyo de un equipo de médicos que incluía el doctor Jorge Albertelli (médico de Evita), Teresa Fiora había organizado la Escuela de Enfermeras Eva Perón. El curso de doce materias duraba dos años. Durante el primero, las alumnas estudiaban Higiene y Epidemiología, Anatomía y Fisiología, Semiología, Patología general y Terapéutica, Defensa Nacional y Calamidades Públicas. En el segundo año estudiaban Primeros auxilios, Enfermería médica y quirúrgica, Obstetricia, Ginecología y Puericultura, Dietética y Medicina Social. Un posgraduado que llevaba dos años completaba e incluía una residencia y práctica hospitalaria en el Policlínico Presidente Perón en Avellaneda u otros hospitales de la Fundación Eva Perón (FEP) en Lanús, San Martín y Ramos Mejía. Las alumnas se especializaban en cursos que incluían radiografía, fisioterapia, neurología, y psiquiatría, entre otros.

En el año 1958 el gobernador de San Juan, Dr. Américo García, en concordancia con los enunciados del

Dr. Ramón Carrillo, en un primer discurso referido a la salud hizo un análisis de la situación en el cual se refirió a la solicitud de asesoramiento a organismos internacionales como OMS – OPS⁸. Realizó también una descripción de las principales problemáticas del sistema de salud:

“Sin afán de baja crítica debemos dejar establecido que hasta este momento, el problema de salud de la población, ha sido contemplado solamente bajo el unilateral aspecto de una mala asistencia al hombre enfermo. Nuestra medicina oficial sigue siendo medicina de retaguardia, donde la acción de los organismos estatales se caracteriza por una actitud defensiva casi por regla general insuficiente, que en una pasiva espera permite que la enfermedad se desarrolle y llegue hasta ellos, de tal manera que encarece el servicio, logra perturbar profundamente la vida familiar y atenta directamente contra la economía de la sociedad.

Debemos reconocer sin embargo, que la estrechez económica de los presupuestos provinciales ha sido y es una de las causas fundamentales de nuestra pésima salud pública, y este Poder Ejecutivo vivirá angustiado permanentemente, hasta lograr crear los recursos necesarios que le permitan el desarrollo de una acción a tono con los conceptos modernos, los adelantos de la técnica y necesidades de la población”⁹.

En el año 1958, el Sr. Gobernador inauguró oficialmente el Servicio Provincial de Salud y designó como Director al Dr. Valois Martínez Colombes quien, en

su discurso también anunció que habría mejoras en el abordaje de la salud y para ello tendría que trabajar en etapas. La primera sería la más difícil y de ella formaría parte la totalidad de los miembros de la dirección de la salud pública por la provincia, *“de acuerdo con el convenio que a fines del año pasado se firmara entre el Gobierno de San Juan y el Gobierno Nacional. Vuestra honorabilidad tendrá oportunidad dentro de muy breve tiempo de avocarse a la consideración de tal convenio”*¹⁰.

En este momento el Dr. Valois Martínez Colombres está haciendo referencia al convenio de colaboración con la Organización Mundial de la Salud. Este organismo, a través de la Oficina Panamericana de la Salud, en adelante OPS; envió consultores para las Américas (médicos, abogados y enfermeras) con el fin de llevar adelante un proyecto que no sólo mejorara la salud de la población sino también creara legislación pertinente para la estructuración sanitaria y de recurso humano. La provincia hizo su aporte con personal para trabajar en equipo con los consultores los que no solamente eran médicos. El equipo estuvo integrado por un abogado, el doctor Bio Valdivieso, un Ingeniero, el Ing. Forcada y un grupo de enfermeras, las Sras. De Hugues, Nelly Killpatrick y Celina Birnfeld, acompañadas por la encargada de nivel Central entre 1961-1964, Elisa Krause de Ara. El objetivo era no solamente mejorar la salud, sino también obtener una legislación que contemplara las carreras de los profesionales y administrativos, además de la forma de

administrar. Todo debía ser legislado¹¹.

De ese trabajo conjunto surgieron los proyectos que Salud Pública elevó al Poder Ejecutivo. De ello resultaron leyes importantísimas tales como: Ley 2553/ 61 referida al Código Sanitario sancionada el 1 de febrero de 1961, la ley 2554 / 61 del 10 de febrero de 1961 sobre la creación del Servicio Provincial de Salud y la Ley de Carrera de los Profesionales Universitarios de Salud Pública Ley N° 2580- 61 sancionada el 27 de abril de 1961.

En 1961 se lograron estructurar los aspectos fundamentales del Servicio Provincial de Salud y se puso en funcionamiento el primer equipo técnico-administrativo a nivel provincial: El Consejo Técnico del Servicio Provincial de Salud.

También se creó el Reglamento Orgánico del Servicio, el Reglamento de la Comisión Mixta de Educación y Salud, el Reglamento de la Comisión Provincial de Rehabilitación, la Ley de Carrera de los Profesionales de la Medicina, el Reglamento de Concursos para profesionales del Servicio Provincial de Salud, el Estatuto para los empleados del Servicio Provincial de Salud, entre otros. En el mismo año fueron adiestrados 70 becados por el Servicio Provincial de Salud, por la Oficina Sanitaria Panamericana y por la Comisión Provincial de Rehabilitación. Entre los elegidos se encontraban siete médicos, nueve alumnos de enfermería universitaria y treinta y una alumnas del Curso de Auxiliares de Enfermería¹².

En este contexto, los hospitales más importantes de la provincia eran el Hospital Rawson y el Hospital San Roque. Este último solamente contaba con servicios de Fisiología I y II, de hombres y mujeres respectivamente; el Servicio de Clínica Médica de Enfermedades Infecciosas, el Servicio de Pediatría, el Servicio de Consultorios Externos y el Servicio de Cirugía Torácica y Cardiovascular. Cabe recordar que hasta el 1928, año en que se descubre la penicilina, las patologías infecciosas eran una de las primeras causas de muerte. Por ello, el noventa por ciento de la atención de salud que realizaba el Hospital San Roque, tanto en el régimen ambulatorio como en el de internación, estaba destinada al diagnóstico y tratamiento de pacientes aquejados por enfermedades infecto – contagiosas ¹³.

Otra particularidad del Hospital San Roque, que luego sería trasladado y denominado Hospital Dr. Marcial Quiroga, fue su Servicio de Pediatría, que estaba netamente destinado al tratamiento de pacientes infantiles con patologías infecciosas. Así, en una época en la que todavía no se contaba con la vacuna antisarampionosa, allí se atendían casos críticos con brotes de la patología llegando a asistir a unos sesenta u ochenta niños internados con patología sarampionosa ¹⁴.

El Hospital Rawson tenía un edificio de tipo pabellonal, con un patio central rodeado de pabellones en los cuales estaban los diferentes servicios de internación. La parte administrativa de la Dirección se encontraba en el edificio central, ubicado sobre Avenida

Rawson, y en el fondo estaban la morgue, los talleres, el lavadero y la cocina. Dentro de los pabellones no sólo se encontraban los servicios de internación, sino también los servicios indispensables para el funcionamiento de la atención médica: laboratorio, rayos X, radioterapia y anatomía patológica. El total de camas era de alrededor de 650 ¹⁵. Los servicios tenían una estructura compleja por cuanto contaban con consultorios externos, quirófano, internación y en algunos casos, como en el servicio de Traumatología, había hasta un área de rehabilitación. Igual pasaba con el Hospital de niños, con cirugía y esterilización. Pasados los años algunos servicios cambiaron y otros se trasladaron a diversas instituciones ¹⁶.

Los centros de primer nivel de atención (llamadas “salitas”) eran muy pequeños y precarios con construcciones de adobe. Existían muy pocos centros en la periferia y los que había, no contaban con la infraestructura mínima: carecían de baños, agua potable y sala de espera. La gente que llevaba niños recién nacidos para su atención, esperababajo un árbol o donde pudiera. Alejandra Krause, enfermera designada en el primer nivel de atención se refiere al tema diciendo:

“Siempre me acuerdo de alguien que me dijo.... Mire señora dígame al ministerio que no me mande más papel higiénico porque si no tenemos baño ¿para qué nos mandan papel higiénico? Realmente era así, como esas cosas mínimas, básicas, totalmente básicas eran la atención que brindaban” ¹⁷.

Situación de Enfermería

Enfermería contaba con escasos recursos humanos y su mayor deficiencia estaba dada por la escasa formación de los mismos. En el año 1962 había, aproximadamente, trescientas personas que trabajaban en Enfermería con grado de escolaridad muy variable: un treinta por ciento del personal tenía el ciclo básico aprobado, un cincuenta por ciento tenía el ciclo primario completo y un veinte por ciento, la escolaridad primaria incompleta. Incluso había un dos o tres por ciento de analfabetos.

Por esta época funcionaba en el hospital una escuela primaria, cuya directora era la Srta. Julieta Sarmiento, descendiente de Don Domingo Faustino Sarmiento. Su propósito era ofrecer la continuidad de la escolaridad de los niños internados, dados los largos períodos de internación, sobre todo en el servicio de Traumatología. Hasta 1966, la escuela se aprovechó también para que el personal del hospital completara la escolaridad primaria.

La formación en Enfermería también era heterogénea, había algunos egresados de escuelas terciarias, como la Cruz Verde, dependiente de Salud Pública de la Provincia y de la Cruz Roja. La primera era una escuela que funcionaba de tarde con clases teóricas y de mañana con la actividad práctica en el Hospital Rawson. La carrera duraba tres años y funcionó entre los años 1942-1960.

El treinta por ciento de las enfermeras eran egresadas de la Cruz Verde y no existían enfermeras universitarias, por lo que el setenta por ciento restante era personal empírico, que había adquirido experiencia y destreza a través de la práctica. Si bien estas enfermeras contaban con habilidades, carecían de conocimientos teóricos que fundamentaran y apoyaran sus prácticas¹⁸.

El ejercicio de la Enfermería requería una jornada laboral de 8 horas: mañana, tarde y noche. El personal trabajaba durante 30 noches con sólo un franco semanal. Existían problemas con el transporte público dado que los horarios no coincidían con las horas de trabajo. La vestimenta detentaba uso de uniforme con delantal blanco, cabello recogido y cofia y zapatos blancos para la mujer. Chaqueta blanca y pantalón oscuro para el hombre.

Estos uniformes eran generalmente adquiridos por los trabajadores por sus propios medios; aunque, en algunas oportunidades, según la gestión de turno, se los daba el hospital.

El personal dependía de las hermanas de la congregación de la Virgen del Rosario. Ellas eran seis en el Hospital Rawson, tres de las cuales tenían conocimientos de enfermería. Vivían en el hospital y su función era la organización de la sala y el pedido de material del cual llegaron a tener grandes depósitos: Ropa, termómetros, medicamentos, etc. Se ocupaban también de la alimentación y la asistencia religiosa

de los pacientes. El personal de enfermería dependía de ellas aunque existiera el cabo/a de sala. Esto fue cambiando en el tiempo por mutuo acuerdo hasta que dejaron de tener funciones e incluso a vivir fuera del hospital.

El cabo/a se ocupaba de la organización de la atención de los pacientes de su sala y de la limpieza. La actividad diaria comenzaba con el aseo que consistía en las siguientes tareas: baldeo de sala, barrido y regado del espacio que se encontraba frente a los servicios, aseo de la sala e higiene de pacientes. La rutina continuaba con la extracción de sangre, medicación, curaciones y asistencia en la alimentación de pacientes. La denominación de cabo, de origen militar, con el tiempo fue cambiando por la de jefes de sala, primero y la de jefes de unidad, después.

En relación a aspectos técnicos las enfermeras entrevistadas manifiestan que el material de trabajo era escaso y, en muchos casos, el manejo del mismo no era correcto. La administración de medicamentos se hacía con material de vidrio y metálico las cuales eran acondicionados y esterilizados en cada sala por ebullición. Las agujas metálicas perdían filo con el uso por lo cual para mantenerlo, se limaba la punta con un esmeril o una piedra. El material para curaciones se preparaba en cajas. Éstas tenían varias pinzas y se usaban en más de una curación lo cual producía como resultado, la contaminación del material por excesiva manipulación. Se acostumbraba tener en las salas de

internación un carro de curaciones y en él se encontraban los materiales necesarios para su realización, incluyendo el frasco con la pinza intermediaria, a la que se consideraba casi estéril por estar embebida todo el tiempo en un antiséptico.

La esterilización no estaba centralizada, por lo tanto cada servicio acondicionaba el material de metal a través de la ebullición como ya se precisó. Entre la década de 1970 – 1980 los servicios fueron incorporando estufas de calor seco, mejorando sustancialmente el método¹⁹. Los materiales de tela y goma se esterilizaban en las autoclaves Chamberland.

Los hospitales del interior de la provincia tenían situaciones similares. En el Hospital San Roque de Jáchal, por ejemplo, un día en la atención de enfermería consistía en determinadas actividades que eran desarrolladas por empíricos o auxiliares. A las 5 de la mañana el personal estaba levantando a los pacientes o tratando de alguna forma de higienizarlos, de cambiar la cama, y de realizar actividades como higiene bucal. En esos momentos la odontología resolvía patologías con la extracción de las piezas dentarias, razón por lo cual era común ver a personas jóvenes sin dientes. La gente que estaba internada algunas veces ni conocía lo que era el cepillo ni la pasta dental por lo que enfermería lograba el aseo bucal utilizando bicarbonato y espátula²⁰.

Luego de realizar la higiene de los pacientes, se cumplía con el tendido de cama, tarea que se hacía con

esquina mitrada. Se servía el desayuno y comenzaba la visita médica con una enfermera de mayor nivel a la que llamaban “la cabita”. Ella acompañaba al profesional, tomaba las indicaciones médicas referidas a las acciones que debían llevarse a cabo con cada paciente, tales como rayos, laboratorio o la derivación a la provincia de San Juan para su diagnóstico en el caso de las patologías más complejas. Norma Castañares afirma al respecto:

*“En ese momento era muy difícil manejarnos con una patología endémica en la provincia como era Chagas y todavía lo sigue siendo pero en otra dimensión. En la noche se preparaba el material para el día siguiente, teníamos una autoclave grande de champerland donde esterilizábamos el material de tela y también los guantes. La higiene y confort de los pacientes enfermería debía adaptarse a los recursos. La ropa de cama también era escasa, se cambiaba según necesidad”*²¹.

El control de los signos vitales, temperatura, pulso y tensión arterial, se realizaba con escasos elementos. En la mayoría de las salas, el termómetro era uno solo para treinta pacientes, por lo tanto, no se alcanzaba a hacer una buena limpieza del termómetro para el uso entre ellos.

El personal de enfermería servía la comida en coordinación con el servicio de cocina. En ese momento había una nutricionista de alto nivel quien enviaba las dietas que incluso contenían indicaciones hasta de los gramos que debía consumir cada paciente. La co-

mida del hospital era muy buena y se traía en grandes tachos. El mismo personal servía y también recogía sus platos para después ser lavados en la pileta. En este aspecto enfermería intervenía incorporando conceptos de asepsia determinando áreas: limpia y sucia.

La Sra. Alejandra Krause describe en la entrevista los métodos de esterilización utilizados en la época en el primer nivel de atención:

“Los métodos que utilizaban para esterilizar el material eran nada que ver a lo que es ahora. Siempre pienso la maravilla lo que ha cambiado la atención de la salud. En una ollita así, con un calentadorcito eléctrico así, calentaban el agua y ahí echaban jeringas, agujas y todo, hervían un rato y lo volvían a utilizar. Realmente siempre digo: Dios nos debe haber protegido mucho, porque no tuvimos mayores problemas. En esta ebullición que hacían, las agujas y jeringas hervían y pegaban contra las orillas de la ollita, razón por la cual, las agujas se despuntaban. Entonces sacaban la aguja, la calzaban en la jeringa, la miraban y pasaban el dedo sobre la aguja para corroborar el filo de la punta (con el fin de no traumatizar al paciente) imagínate!. Las técnicas no eran las adecuadas, pero entonces ese fue el mayor trabajo que yo tuve porque en ese momento yo estaba para todos los sectores o centros de primer nivel y en cada lugar veía los mismos errores. ¡Ah! También descubrimos usaban las juntas de los azulejos – ¿viste?- esa pastita que le ponen, era ideal para dejarlas agujas bien filosas, y se volvían a reutilizar”.

Los registros de enfermería no existían: no se registraba ni lo que se hacía ni quién lo hacía. Esto generaba una invisibilidad de la enfermería ya que lo que no se registra no se ve ni se valora ²². La Historia Clínica era un acto administrativo de exclusividad médica.

Propuesta de OPS- OMS

En este contexto la OPS propuso al gobierno efectuar un cambio, sugirió convocar enfermeras formadas en otros lugares (fuera de la provincia o país) como asesores para conformar un equipo que tomara decisiones urgentes en el sector.

Las principales medidas estuvieron dirigidas a la formación en enfermería. Una medida inmediata fue la capacitación de nivel auxiliar que ofreció RR HH en un período relativamente corto. La otra opción que la OPS estimó conveniente, fue la preparación de enfermeras universitarias por lo cual sugirió al gobierno de la provincia de San Juan otorgar becas de formación a jóvenes interesados en enfermería para que pudieran establecerse en otras ciudades para su formación. La congruencia entre relatos de las personas entrevistadas respecto de estos aspectos permite señalar que las propuestas se cumplieron a la perfección.

Las consultoras de enfermería convocadas por el Sr. Secretario de Salud Pública, el Dr. Valois Martínez Colombes, decidieron cumplimentar el primer aspecto de la transformación del capital humano en enfermería incorporando de manera inmediata profesionales

cuyo objetivo estuvo centrado en la organización institucional del sector. Este equipo de trabajo contrató a cuatro personas egresadas de Tucumán, Tartagal y Chaco, dos personas egresadas de la Universidad de Concepción- Chile y cuatro personas egresadas de la Universidad Nacional de Córdoba, entre las cuales se encontraban Hilda Fernández, Mary de Sánchez y Nelly Alvis Rojas, de nacionalidad boliviana egresada de una Universidad de Chile. Las primeras jefas de enfermería de los hospitales Rawson y San Roque (actualmente Dr. Marcial Quiroga) fueron las Sras. Nelly Alvis Rojas y la enfermera Beatriz Godoy, respectivamente.

La segunda propuesta realizada por las consultoras estuvo referida al inicio de la capacitación de nivel auxiliar que se produjo en 1961. La Primera directora fue Yolanda de Dupuy, contratada, egresada de la Universidad de Tucumán. Sus colaboradoras, también egresadas de Tucumán, eran dos enfermeras entre las que se encontraba Victoria de Salazar. La primera cohorte egresó en el año 1961 y se incorporó al trabajo inmediatamente. Según la Sra. Rita Gladys Luján, perteneciente a esa promoción, el personal del hospital las denominaba “las estudiadas” porque en ese momento, como mencionamos anteriormente, el 70% del personal era empírico.

Estas iniciativas de perfeccionamiento del personal representaron el inicio de una etapa que no acabaría hasta la actualidad, dado que la tendencia a incre-

mentar la calidad de formación continúa vigente ²³. La misión principal de este grupo de enfermeras fue llevar con conocimientos básicos al cuidado de pacientes aplicando normas elementales de asepsia. Iniciaron hoja de registro de indicaciones médicas, actividades para asegurar la higiene y confort de los pacientes y la esterilización de material por ebullición, primero, y por estufa, después.

En el año 1964 las profesionales que estuvieron a cargo del Curso retornaron a Tucumán y las primeras enfermeras egresadas del plan de profesionalización ya regresaban e iban incorporándose por contrato. Así es que en 1963 asumió Beatriz Godoy, egresada de la Universidad Nacional de Córdoba quien fue ascendida en 1964 al cargo de enfermera jefe del Hospital Marcial Quiroga. En su lugar asumió como Jefa del curso Delia Rol, enfermera sanjuanina, egresada de la Universidad Nacional de Córdoba; quien desempeñaría esa función durante muchos años ²⁴.

La tercera propuesta, cuyo objetivo fue otorgar becas de capacitación universitaria, se cumplió con la concesión de las becas y posterior incorporación de las primeras egresadas. Entre las personas seleccionadas se encontraban enfermeras que habían dedicado muchos años a la enfermería de la provincia de San Juan: Ester Sánchez, Sonia Caballero, Delia Darol, Ana Irene Yornet, Alejandra Krause, Norma Castañares, Alicia Rubio, Norma Vega y Rina Negro entre otras. En el período 1965- 1967 unas 20 personas egresadas

de Córdoba, Buenos Aires y Rosario se sumaron a los equipos de enfermería, situación que se notó fortalecida con la contratación de cada egresado del Curso de Auxiliares del Ministerio de Salud Pública. A partir de aquí, la Enfermería de la provincia inicia su etapa de profesionalización.

Los profesionales incorporados ocuparon puestos estratégicos en la estructura sanitaria, lo cual permitió ejercer cambios en la atención al modificar, establecer y controlar algunas pautas de trabajo. La misión principal de este grupo consistió en la adecuación de la organización y estructura de enfermería, la capacitación en servicio, el control de materiales y equipos, el registro de prestaciones de enfermería, la elaboración de Informes de enfermería, el control del uniforme, la adecuación de horarios de trabajo, el control de los procesos de atención, la participación en la organización de la Guardería Infantil y las licitaciones de material (ropa, instrumental, etc.) ²⁵.

En 1967 se creó la Escuela de Enfermería en la Universidad Católica de Cuyo, entidad que por muchos años contribuyó con la formación profesional como única entidad universitaria. La incorporación de enfermeras universitarias en las instituciones públicas y privadas de la provincia ha sido lenta pero constante en el tiempo, identificando claramente los objetivos institucionales que motivaban su incorporación.

A partir de 1970 el sistema fue nutriéndose con nuevos egresados de la Universidad Católica de Cuyo,

lo cual en un período de treinta años posibilitó una estructura de Enfermería, al menos en los grandes hospitales de la provincia. Fundamentalmente hasta este momento, las funciones de las enfermeras profesionales han estado dadas en los niveles de conducción, afianzando, completando y extendiendo el recurso calificado a casi todos los servicios del hospital y zonas sanitarias. La misión principal de este grupo se evidenció en el fortalecimiento de la organización en cada servicio. Ellas reemplazaron a las religiosas en el control de medicamentos, materiales y equipos, incorporaron el registro de prestaciones de enfermería a la Historia Clínica y realizaron Informes de enfermería.

A partir de la década de 1980 las entidades académicas, no solo de la provincia de San Juan sino también del resto del país, comenzaron a ofrecer mayor número de egresados y consecuentemente la incorporación de enfermeras a la atención directa. El hospital que impulsó la incorporación de enfermeras profesionales a la atención directa fue el hospital Dr. Guillermo Rawson, razón por la cual fue la primera institución sanitaria que instaló servicios de alto riesgo como Terapia Intensiva Adultos, Diálisis y Terapia Intensiva Pediátrica. El Hospital Marcial Quiroga logró el objetivo a partir de la creación de la Unidad Coronaria. El trabajo de este equipo de enfermeras profesionales llegó hasta la atención directa de pacientes en servicios de alta complejidad, SMU, UTI, utilizando el proceso de atención e incorporando el diagnóstico, la ejecución y la evaluación de cuidados de enfermería.

Relación de enfermería con otros actores sociales

La enfermería profesional en la provincia de San Juan ha tenido que superar dificultades en relación con varios aspectos. Uno de ellos está relacionado con el desplazamiento de las religiosas del ámbito hospitalario. Éstas vivían en el hospital, brindaban asistencia espiritual a los pacientes pero también intervenían en actividades de enfermería y de control de material. Ello les daba una especie de poder en muchos aspectos. No obstante, existió entre ellas y el personal de Enfermería, una relación de respeto hasta que se retiraron definitivamente de la actividad y se fueron a vivir a una casa particular.

Otro aspecto a considerar estuvo relacionado con los cambios de gobiernos. Enfermería no sufrió mayores alteraciones conforme a la política de turno. Según la Sra. Nelly Alvis Rojas, tanto los gobiernos democráticos de diferente color político como los gobiernos militares respetaron, sin intervenir, lo que se estaba llevando a cabo en el sector de Enfermería:

“Hubo trato respetuoso, siempre aceptaron las propuestas dado que entendían que había un proyecto”.²⁶

En cuanto a la actividad gremial, existía una entidad que nucleaba a la mayor cantidad de trabajadores del sector de la salud; la Asociación de Trabajadores de la Sanidad Argentina. La relación de las enfermeras profesionales con este gremio fue de respeto, de colaboración y de coordinación motivada por intereses

afines. No obstante, las enfermeras profesionales no se alinearon con esta entidad entendiendo que no era representativa ni conveniente. Esto trajo aparejada la necesidad de creación de una sindicato que representara al sector.

Es así que entre los años 1965-1966, a partir de un encuentro entre Delia Darol, Ana Irene Yornet y Ester Sánchez (todas de la provincia) y la Señorita Nidia Gordillo de Córdoba, surgió la intención de formar una institución que representara a la Enfermería de San Juan. La Señora Gordillo ya trabajaba el nucleamiento profesional con colegas destacadas de diversas provincias. Se estudió la propuesta y, en un primer momento, por falta de un espacio físico propio, se realizó en el Colegio Médico la primera reunión en la que se delinearon acciones para obtener la Asociación de Enfermería. Su primera presidente fue la Srta. Ester Sánchez. En ese momento primó el criterio de incorporación de enfermeras universitarias y los auxiliares de enfermería pudieron incorporarse, pero sin derecho a voto. Esto desgastó la relación y dio como consecuencia la separación de los auxiliares de la mencionada entidad.

Pasando por muy diversas etapas y gestiones, la ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA de la provincia de San Juan continúa funcionando, actualmente con sede propia y con el mismo criterio con el que se fundara: incorporar sólo a los enfermeros universitarios y licenciadas en enfermería. La entidad se esforzó mucho en

la capacitación y la participación con otras entidades profesionales en la lucha por mejores condiciones de trabajo y salarios.

Progreso de la enfermería en el período mencionado.

Si se creara una línea de tiempo imaginaria desde inicios de siglo XX, la Enfermería de la provincia de San Juan ha obtenido un importante crecimiento. El período 1960 - 1990 permitió cambios indiscutibles en varios aspectos relacionados al quehacer profesional. La creación y funcionamiento del Curso de Auxiliares de Enfermería permitió disponer de personal con conocimientos mínimos para la mejora en la calidad de atención. La organización fortaleció la estructura hospitalaria con la asignación de cargos en enfermería, tales como, jefe de hospital, sub jefe de Enfermería, supervisoras y jefes de unidad. Se emplearon principios lógicos en la distribución de personal.

En cuanto a la esterilización, el cambio consistió en la previsión, preparación y adecuación de materiales y equipos a determinadas técnicas y procedimientos médicos y de enfermería que requerían materiales estériles. Se trabajó en mecanismos de esterilización y manipulación del material estéril. Comenzó a prepararse el material de manera individual y a esterilizarse en Esterilización Central.

Así mismo se observaron cambios en el uniforme y se estableció un nuevo régimen de trabajo con solo cinco

noches, francos compensatorios, con goce de feriados y licencias. Se acordaron también nuevos horarios para cada jornada de trabajo conforme al transporte público de pasajeros. De ello resultaron jornadas diurnas de 7 hs. y nocturnas de 10 hs.

Se incorporaron los Registros de enfermería a través de un formulario que se añadió a la Historia Clínica. Comenzó a utilizarse una hoja de Indicaciones Médicas y se estableció un registro de entrega de guardia para conocer novedades de pacientes y de personal.

Producto del avance científico tecnológico, los métodos de diagnóstico se perfeccionaron y el tipo de práctica para el tratamiento de diversas patologías también, lo cual produjo la necesidad de organizar encuentros de capacitación en forma periódica, en horarios de trabajo para facilitar la asistencia del personal y su consecuente actualización.

Este proceso se desarrolló durante treinta años con resultados favorables pero insuficientes dado que, en el tiempo transcurrido también se produjeron nuevas necesidades debidas al gran avance científico-tecnológico ya mencionado y al aumento de la población, con el consecuente incremento de la demanda, extensión de infraestructura hospitalaria y de primer nivel de atención.

A comienzos de 1992 el análisis de los RRHH en enfermería en cuanto a cantidad y calidad se consideró alarmante. Siendo Ministro el Dr. Humberto Coria

y jefa de División Enfermería Margarita Maldonado, se pidió asesoramiento a OPS nuevamente. La respuesta no se hizo esperar y el organismo internacional ofreció a la Lic. Ana María Heredia como consultora y coordinadora. Luego de un estudio muy minucioso realizado conjuntamente entre OPS, Ministerio de Salud de la provincia de San Juan, Asociación de Enfermeras Universitarias de San Juan y la Universidad Católica de Cuyo, se propuso elaborar un plan de acción. Las recomendaciones fueron:

- Reconvertir el personal empírico en auxiliar de enfermería
- Reconvertir los Auxiliares de enfermería en enfermeros profesionales
- Convertir a los enfermeros técnicos en Licenciados en Enfermería y crear Especialidades en enfermería.

Además de estas recomendaciones, se sugirió

- Desarticular la concentración de enfermeras profesionales en áreas críticas
- Compensar la proporción de enfermeros/auxiliares
- Subsanan el indicador Médico/enfermera/población
- Fortalecer el nucleamiento profesional
- Afianzar la investigación
- Consolidar al personal en cargos de ley 2580 a través

de concursos.

De esta manera se determinó la proscripción de incorporación de personal sin certificación habilitante. Con estas recomendaciones se inició un plan de Profesionalización de Auxiliares de Enfermería con el objeto de nivelar al personal de enfermería en cuanto a su capacitación, dado que el 70% continúa siendo de nivel auxiliar. En 1993, por única vez se impulsó la residencia de Enfermería en Atención Primaria de la Salud y fueron llamados a concurso, todos los cargos jerárquicos.

En 1994, con la creación de la terapia intensiva pediátrica en el Hospital Dr. Guillermo Rawson surgió la posibilidad de creación de una importante cantidad de cargos para enfermeras profesionales por la ley N° 2580. Esto, de alguna manera, muestra el cambio sufrido en la imagen de la enfermería por cuanto se tiene en cuenta la incorporación de profesionales en la atención y se los ubica en las condiciones laborales que corresponden. Esta condición es importante por cuanto el sistema público de salud tenía dos leyes para incorporar personal de Enfermería:

- 1) A través de la Ley N° 5525 que rige la incorporación de personal no profesional con cuatro agrupamientos: Técnicos, Administrativos, Maestranza y Mantenimiento.
- 2) A través de la Ley N° 2580 que rige la incorporación de profesionales con cargos mejor remunerados.

En 1998, el Ministerio de Salud Pública decidió culminar definitivamente la formación de recursos humanos de nivel auxiliar. Esta situación se mantuvo hasta el año 2007, año en el cual la Lic. Myrna Montero, jefa de enfermería de nivel central, realizó un nuevo análisis de situación cuyo resultado arrojó la conclusión de que el 70% de los recursos humanos correspondían al nivel auxiliar y la media en edad del personal de enfermería en el ámbito público y privado se encontraba en el grupo etáreo de 45 -50 años. Los datos disparan el alerta en los responsables del sistema y por ello en 2007, 2008 y 2009 se reinicia el dictado del curso de auxiliar de enfermería con un cupo de 50 alumnos en cada cohorte. No obstante la situación continuó siendo crítica, no sólo en San Juan sino también en el país. Por ello, a comienzos del año 2010, el Ministerio de Salud de la Nación presentó, a través de la Sra. Presidente de la Nación, Dra. Cristina Fernandez de Kichner, un proyecto con la declaración de la Emergencia Nacional de Recursos Humanos de Enfermería. Este escenario puso en agenda política la situación del sector.

En la provincia de San Juan la situación amerita la consideración de un ente formador público y gratuito pero ya no de nivel auxiliar. El Ministerio de Salud Pública decide entonces establecer contacto con la Universidad Nacional de San Juan. En ese momento el Sr. Rector de la Universidad Dr. Benjamín Kujen y la Secretaria Académica Ing. Cristina Deiana, se comprometieron a evaluar la posibilidad de impulsar

la carrera de enfermería, la cual ya desde el inicio, presentaba dificultad de inserción institucional por cuanto no existían áreas de formación vinculadas a las ciencias de la salud. No obstante, hacia fines del año 2010 se creó la carrera que comenzó a funcionar como Tecnicatura Universitaria en Enfermería, en la Facultad de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales. Se estableció que, dada la importancia de la actividad práctica en la formación, la carrera debía comenzar con cupo (150 alumnos) por falta de capacidad instalada en el ámbito sanitario. El impacto social y el interés por la carrera se pusieron de manifiesto en el número de aspirantes, los que superaron los 3000 alumnos. Es de destacar que, al finalizar la primera cohorte de alumnos, en el ciclo lectivo 2013, el porcentaje de egresados fue de alrededor del 60% aproximadamente.

En el año 2013, Sileone, Ministro de Educación de la Nación, anunció la conformidad del presupuesto para el desarrollo del segundo ciclo correspondiente a la Licenciatura en enfermería que dio comienzo en julio de 2014. Con ello se obtiene el grado académico a través de lo cual la enfermería de la provincia de San Juan puede acceder a las áreas de posgrado: Especialización, Maestría y Doctorados.

Conclusión

Se podría asegurar que la enfermería en la provincia de San Juan ha evolucionado a través de las décadas estudiadas proyectando mayor seguridad en la calidad

de atención de su población. La profesionalización de los recursos humanos a través de la capacitación es muy relevante y la inserción en las instituciones de salud aumentó sustancialmente. La decisión de no formar auxiliares de enfermería sumada a la proscripción de personas empíricas al campo del ejercicio profesional produce un impacto positivo tanto en la atención de la salud como en la proyección de la disciplina, dado que el desarrollo proporciona no sólo conocimientos en el área técnica sino que provee a la enfermería hacia una culturización general que brinda elementos de reflexión de su práctica. La ausencia de comentarios referidos al campo de la investigación en las entrevistas realizadas evidencia que la preocupación inicial estaba enfocada hacia las características técnicas del recurso humano de recambio.

Aun así, se pueden observar cambios positivos en el cuidado que enfermería brinda a la población atravesados desde luego por el avance científico técnico, la formación y la incipiente investigación. El progreso observado en la organización y la estructura de enfermería, la dependencia, el régimen laboral, las técnicas y procedimientos; así como el acceso a la educación formal, las condiciones de trabajo. El uso de uniforme, entre otros, evidencia el desarrollo profesional en algunos aspectos.

Por otra parte la actividad continua de la Asociación de Enfermeras ha proporcionado bases para asumir la responsabilidad de defender las condiciones de vida y

de trabajo del personal de enfermería.

Sin contradecir las consideraciones vertidas anteriormente se podría señalar que el objetivo no se ha cumplido plenamente. Aunque el proceso de mejoramiento de la atención ha sido importante, si se evaluaran actualmente los recursos humanos del sector de acuerdo con las actuales Normas de Garantías de Calidad de la Atención Médica, dictadas por el Ministerio de Salud de la Nación, el sistema público de salud obtendría una pobre calificación. Esto se debe a que si bien ya no existe personal empírico en el sistema, el porcentaje de auxiliares continúa siendo elevado.

Discusión

Este artículo, plantea una mirada panorámica e introductoria a un campo de trabajo que está en plena etapa de reconstrucción documental, teórica y crítica sin la pretensión de un análisis acabado de la realidad histórica de más de cien años de enfermería en la provincia de San Juan. Se han rescatado hechos y sucesos a través de los relatos de las personas que participaron en la profesión en gran parte del período mencionado. La transmisión oral de hechos y experiencias vertidos por casi todas las entrevistadas permiten conocer el escenario de la profesión y su evolución en aspectos técnicos, organizacionales, asociativos, de la formación, etc.

El esfuerzo por reconstruir esos años de historia en la Enfermería de la provincia de San Juan adquiere relevancia por entender que la memoria colectiva proporciona elementos de gran importancia para la reflexión, análisis y toma de decisiones. Conocer las sucesivas intervenciones en el campo profesional brinda la posibilidad de no estar comenzando siempre. Para construir hay que sumar experiencias y aprender las lecciones. Conocer cuál es el punto en que se ha puesto énfasis en anteriores etapas permite objetivar el camino a recorrer.

Es claro que la voluntad del gobierno, de las autoridades que intervinieron y de los propios actores de la época estuvieron centrados en la capacitación y que se ha tardado demasiados años para llegar con capacitación a la atención directa de pacientes, razón principal que motoriza los cambios en el sector al disminuir el riesgo en la atención. Como se pudo observar, primero se fortaleció la organización de los servicios de centros asistenciales de mayor complejidad, luego la de los servicios hospitalarios, después la de las áreas críticas y recién en la última década se ha reforzado el primer nivel de atención. Esta progresión lógica buscaba, a través de la intervención de pocos agentes formados, resguardar la calidad de la atención de la población.

No obstante, es evidente que técnicamente el eje estuvo centrado en la enfermedad y no en el cuidado de la salud de la población, como así también es indudable

que la profundización y desarrollo de los aspectos técnicos no han fortalecido y/o acelerado los cambios que la profesión en cuanto ciencia, podría o esperaría conseguir en un siglo.

Debemos preguntarnos y analizar en qué medida el contexto del país y del mundo estuvieron relacionados al crecimiento de la profesión, como así también provocar una reflexión profunda hacia el interior de la Enfermería con el objeto de discernir si la falta de investigación y difusión de conocimientos propios han enlentecido su crecimiento o por el contrario la Enfermería de la provincia de San Juan está amarrada a los avances del conocimiento en general.

Referencias

1. Molina, María Teresa (1973). Historia de la Enfermería Argentina. Editorial Inter- médica.
2. Morrone, Beatriz (2012) Soltando Amarras. Claves para comprender la historia pendiente de la Enfermería Argentina. Editorial Suarez
3. Fuente consultada: Entrevista a enfermeras becarias entre 1960-65.
4. Ferrarini, Alejandra. Problemáticas y preocupaciones médico-sanitarias en la ciudad de San Juan a fines del siglo XIX. Publicado en el semanario El Nuevo Diario, el 19 de mayo de 2006.
5. Entrevista a Sra. Nelly Alvis Rojas. 2012
6. Zunino, Rodolfo (1999) El terremoto de 1944. Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos/terremotosj/terremotosj.shtml>, consultado el 10/11/2014
7. Política Sanitaria Argentina, Ministerio de Salud Pública de la Nación, 1949, p. 12.
8. Código Sanitario. Discurso del Gobernador Américo García. 1° de mayo de 1958
9. Américo García. Gobernador de San Juan. San Juan 1.958.
10. Discurso del Director del Servicio Provincial de Salud Dr. Valois Martínez Colombres, 7 de Abril de 1961 en ocasión de inaugurarse oficialmente el Servicio Provincial de Salud.
11. Entrevista a Sra. Nelly Alvis Rojas. Año 2012.
12. Dr. Valois Martínez Colombres. Discurso como Director del Servicio Provincial de Salud. 7 de Abril de 1961.
13. Entrevista a Lic. Elsa Sabina Moreira. 2.013
14. Entrevista a Lic. Elsa Sabina Moreira. 2.013
15. Entrevista a Sra. Nelly Alvis Rojas. Año 2012.
16. Documento. Nelly Alvis Rojas
17. Entrevista a Lic. Alejandra Krause. Marzo 2013
18. Entrevista Sra. Nelly Alvis Rojas. Año 2012
19. Entrevista a Sra. Nelly Alvis Rojas. Año 2012- Ester Sánchez
20. Entrevista a Lic. Norma Castañares. Año 2013.
21. Entrevista a Lic. Norma Castañares. Año 2013
22. Entrevista a Lic. Sonia Caballero. 2013
23. Entrevista a Sra. Rita Gladys Luján. Auxiliar de enfermería. Primera Cohorte en 1961.
24. Entrevista Lic. Delia Darol
25. Entrevista Sra. Nelly Alvis Rojas. Año 2012
26. Entrevista a Sra. Nelly Alvis Rojas. Año 2012

Bibliografía

1. Molina, T. M. (1973). Historia de la Enfermería. Inter-Médica.
2. Morrone Beatriz. Soltando Amarras. Claves para comprender la historia pendiente

- te de la enfermería argentina. 2ª edición. Mar del Plata: Suárez, 2012.
3. Paredes de ScarsoLeonor. Dos Hospitales Históricos de la Ciudad de San Juan. 1º Edición. Gráfica Pellegrino SRL. 2003.
 4. Revista Temas de Enfermería Actualizados. Pág. 34. Año 2.000.
 5. Problemáticas y preocupaciones medico-sanitarias en la ciudad de San Juan a fines del siglo xlx (1880- 1900). Publicado en el semanario El Nuevo Diario, el 19 de mayo de 2006.
 6. Código sanitario de la Provincia de San Juan. Discurso Gobernador- Situación de salud. 1.958.
 7. Código sanitario de la Provincia de San Juan. Ministro de salud. Situación de salud 1.958.
 8. Ministerio de Salud de la Nación. Normas de Garantías de Calidad de la Atención Médica. 1994.
 9. Entrevistas a Enfermeras profesionales: NellyAlvis Rojas. Alejandra Krause-Norma Castañares- Rina Negro. Norma Vega. Ester Sánchez. Elsa Moreira. Delia Darold. 2012 - 2014
 10. Entrevistas a Auxiliares de Enfermería: Rosa Concepción Páez de Villareal. Rita Gladys Lujan. 2012 - 2014
 11. Entrevista al Decano Facultad de ciencia Exactas, Físicas y Naturales. Rodolfo Bloch. 2013.
 12. Entrevista a la Secretaria Académica Universidad Nacional de San Juan. Cristina Deiana. 2013.
 13. Entrevista a la Secretaria Académica de Facultad de Ciencias Exactas, Físicas y naturales. Nancy Alonso. 2013.
 14. Entrevista al Dr. Echegaray. 1960-1970. Sistema de Salud

número
3

EDICIÓN
DIGITAL



Desafíos

Enfermería & Educación / Año 2014