

Número 4
Edición digital

Desafíos

Enfermería & Educación / Diciembre 2015

Organo de difusion Cientifica de la
Asociacion de Escuelas Universitarias
de Enfermeria de la
Republica Argentina
ISSN 1668-754X





Presidente

Mg. Ana María Heredia
Universidad Nacional de Quilmes

Vicepresidente I

Lic. Rossana Lia Moyano
Universidad Nacional de Tucumán

Vicepresidente II

Lic. Mirta Piovano
Universidad Nacional de Córdoba

Secretaria

Lic. Nieve Chávez
Universidad Nacional de Salta

Pro- Secretaria

Lic. Rosa Esther Dinardo
Universidad Nacional de Santiago del Estero

Tesorero

Lic. Ramón Álvarez
Universidad Nacional de Lanús

Pro-Tesorera

Mg. Susana Pryszazny
Universidad Nacional de Misiones

Vocal I

Esp. María Margarita Rabhansl
Universidad Austral

Vocal II

Lic. Laura Elena Lucas
Universidad Nacional del Sur

Comisión Revisora De Cuentas

Mg. Dolores Latugaye
Universidad Austral

Mg. Jorge Sabbadini

Universidad Abierta Interamericana

Lic. Marina Passinato

Universidad Nacional de Entre Ríos

Directores Editoriales

Mg. Ana María Heredia

Universidad Nacional de Quilmes, Argentina.

Esp. María Margarita Rabhansl

Universidad Austral, Argentina.

Mg. Judit Figueira

Universidad Adventista del Plata, Argentina.

Lic. Ramón Álvarez

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 Malvarez
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
Universidad Nacional de Quilmes

Lic. Ramón Alvarez
Universidad Nacional de Lanús

Mg. Judit Figueira
Universidad Adventista del Plata

Esp. María Margarita Rabhansl
Universidad Austral

Lic. Susana García
Universidad Católica de Cuyo

Lic. Gabriela Felippa
Universidad ISALUD

Lic. María Inés Martínez
Universidad Nacional de Catamarca

Lic. Gloria Bonelli
Universidad Nacional de Córdoba

Lic. Jorge Rivero
Universidad Nacional de Entre Ríos

Mg. Susana Prysiazniy
Universidad Nacional de Misiones

Mg. Hector Stroppa
Universidad Nacional de Río Cuarto

Mg. Alejandra Chervo
Universidad Nacional de Rosario

Mg. Ana Lía Mesquida
Universidad Nacional de Santiago del Estero

Lic. Rossana Lia Moyano
Universidad Nacional de Tucumán

Lic. Fernando Gómez
Universidad Nacional del Nordeste

Lic. Amalia Moi
Universidad Nacional de Salta

Lic. Irene Simeoni
Universidad de Buenos Aires

Lic. Marta Valero
Universidad Nacional de Cuyo

Lic. Laura Celaya
Universidad Nacional de Mar del Plata

Lic. Pedro Venegas
Universidad Nacional San Juan Bosco

Lic. Muriel Ojeda
Universidad Nacional de la Patagonia Austral

Lic. Marta Aliaga
Universidad Nacional de la Patagonia Austral

Lic. Silvia Duarte
Universidad Nacional de San Luis

Lic. José Escobar
Universidad Favaloro

Lic. Victoria Rosso
Instituto Universitario Hosp. Italiano Bs. As.

Lic. Sergio Santa María
Universidad Autónoma de Entre Ríos

Lic. Laura Lucas
Universidad Nacional del Sur

Lic. Viviana Aguilar
Universidad Nacional del Centro

Lic. Mónica Martinelli
Instituto de Enseñanza Superior del Ejército

Lic. José Molina
Instituto Universitario CEMIC

Mg. Miriam Galván
Universidad Nacional de Avellaneda

Lic. Marcelo Insaurrealde
Universidad Nacional Arturo Jauretche

Mg. Jorge Sabbadini
Universidad Abierta Interamericana

Lic. Margarita Maldonado
Universidad Nacional de San Juan

Lic. David Pagano
Universidad Nacional de La Plata

Lic. Martha Torre
Universidad Nacional de Villa María

Mg. Néstor Ravier
Instituto Universitario Italiano de Rosario

Lic. Lucía Vera
Universidad Nacional del Litoral



Sumario

- 9 La formación de enfermeros en la Universidad Isalud**
Felippa, María Gabriela - Sabelli, María José Gabriela -
Reboredo de Zambonini, Silvia
- 16 El sendero de la salud: un espacio para aprender jugando**
Aguilar, Viviana Beatriz. - Bernardelli, Bettina - Botasi,
Sandra.
- 22 La licenciatura en enfermería en la Universidad Nacional de Mar del Plata: sus desafíos curriculares**
Celaya, Laura Adriana - Leyva Ramos, Miguel - Vuotto,
María Marcela - Marti Velazquez, Gabriela Fernanda -
Oyarburo, Liliana - Turchi, Rocio
- 33 La simulación clínica como estrategia educativa**
Latugaye, Dolores
- 40 La construcción de la identidad y la imagen profesional de enfermería**
Mesquida, Ana Lia - Zóttola, Lía Mónica
- 45 Intervención sobre el hábito tabáquico con estudiantes de la carrera de licenciatura en enfermería de la Universidad Favaloro**
Di Loretto, Miriam Liliana
- 48 Estrategias de enseñanza con grupos reducidos**
Franco, Blásida Esperanza - Di Loretto, Miriam Liliana -
Camio, Adriana Victoria
- 53 Proceso de atención de enfermería (pae). Una experiencia universitaria.**
Serdarevich, Ursula

Desafíos

Enfermería & Educación / 2015

Editorial

En estos últimos años estamos tratando de darle continuidad a la Revista Desafíos. Nos encontramos en un proceso lento de construcción de manera de abordar en cada número cuestiones importantes para el desarrollo de la enfermería argentina

Somos conscientes de que la publicación de una revista científica requiere cumplir con criterios que son necesarios para el mantenimiento de la calidad esperada por los editores, los autores, los lectores, y por las bases de datos nacionales e internacionales.

Cumplir con los requisitos básicos es un reto que enfrentan los responsables de la edición de cada ejemplar a ser publicado, entre ellos: dar cumplimiento a los plazos para la publicación de dos ejemplares por año; facilitar la agilidad y el cumplimiento de los plazos del proceso de evaluación por parte de los examinadores; mantener una adecuada comunicación con los autores y garantizar la calidad del contenido, entre otros.

La calidad de este proceso, es evaluada indirectamente por los consumidores del conocimiento divulgado en los artículos publicados.

Nos encontramos haciendo todos los esfuerzos para promover la aceptación de la comunidad científica y la visibilidad de la revista. Esto se logrará cuando alcancemos los requisitos necesarios para la indexación en bases de datos nacionales e internacionales.

Con la presente edición de Desafíos Enfermería se presentan 8 artículos titulados: La formación de enfermeros en la Universidad de ISALUD; El sendero de la salud: un espacio para seguir jugando; la Licenciatura en Enfermería en la Universidad Nacional de Mar del Plata: sus desafíos curriculares; la simulación clínica como estrategia educativa; la construcción de la identidad e imagen profesional de enfermería; Intervención sobre el hábito tabáquico con estudiantes de la carrera de licenciatura en enfermería de la Universidad Favaloro; Estrategia de enseñanza con grupos reducidos y Proceso de Atención de Enfermería (PAE): una experiencia universitaria.

Comprendemos que la temática es variada y da cuenta de lo que se encuentra produciendo la enfermería argentina y también cuales son los enfoques, técnicas, instrumentos para la formación y el cuidado enfermero. Esperamos seguir creciendo en el campo específico del conocimiento disciplinar. Por lo tanto, tenemos la expectativa, dándole tiempo al tiempo, de seguir contribuyendo al fortalecimiento de la enfermería.

*Mg Ana María Heredia
Presidente AEUERA*

LA FORMACIÓN DE ENFERMEROS EN LA UNIVERSIDAD ISALUD

Autores:

Felippa, María Gabriela

Lic. en Enfermería

Directora del área de enfermería de la Universidad Isalud. Argentina.

Sabelli, María José Gabriela

Lic. en Ciencias de la Educación

Pedagoga de la Secretaría Académica de la Universidad Isalud. Argentina.

Reboredo de Zambonini, Silvia

Lic. en Psicología

Secretaría académica de la Universidad Isalud. Argentina.

Contacto:

gfelippa@isalud.edu.ar

Resumen

Desde la Universidad Isalud se ha planteado un enfoque de formación de enfermeros en el que colaboran determinados aportes desde las investigaciones sobre la enseñanza en la universidad y los estudios sobre la formación de profesionales a saber: la lectura y la escritura académica, la formación para la práctica reflexiva y las estrategias de enseñanza y la evaluación de los aprendizajes centrados en el estudiante; a esto se suma el enfoque de actuación profesional de centramiento en el cuidado.

En este trabajo se presentarán las ideas centrales de cada uno de los aportes o afluentes del enfoque la formación de enfermeros de la Universidad Isalud.

Palabras claves:

formación - enfoque - reflexión -enfermería -lectura y escritura

El punto de partida

Se plantean aportes fundantes al enfoque de formación de enfermeros de la Universidad Isalud, de manera de otorgarle a esta formación una identidad singular. El enfoque se funda sobre los siguientes aportes o afluentes: la lectura y la escritura académica, la formación para la práctica reflexiva y las estrategias de enseñanza y la evaluación de los aprendizajes basados en el estudiante y el enfoque de actuación profesional de centramiento en el cuidado. Estos aportes se basan en las investigaciones sobre la enseñanza en la universidad y los estudios sobre la formación de profesionales (Camilloni, 2014)

Tal como expresan Fentermacher y Soltis (1999), un enfoque es una concepción de la enseñanza (y de la formación). Son ideas sobre lo que es y lo que debería ser enseñar, lo que implica formar a otro. Construir un enfoque de la formación en enfermería siguiendo a los autores mencionados, implica sostener una particular perspectiva sobre lo que es educar.

A continuación desarrollaremos los aportes o afluentes del enfoque de la formación de enfermeros en nuestra universidad.

1. Prácticas reflexivas en enfermería: dispositivos formativos para la reflexión

Los dispositivos y estrategias para la formación práctica tienen como propósito reflexionar acerca de las prácticas a través del análisis, la revisión y el intercambio visibilizando tanto las acciones como los presupuestos o creencias implícitas que las acompañan. La intención es que durante este trayecto los estudiantes adquieran competencias que están presentes en el ámbito laboral. Es de destacar que los dispositivos generan oportunidades favorables para instalar la reflexión como práctica sistemática en forma individual y colectiva, que se plasma en documentos de trabajo, registros y guías como así también formatos de enseñanza que permiten integrar, articular e incluir distintos tipos de conocimientos.

La cuestión primordial es generar condiciones a través de una serie de actividades que se consideren adecuadas y permitan instaurar progresivamente la reflexión en y sobre la acción (Schön: 1992). La aplicación y el uso de los dispositivos en el proceso de formación será clave para explicitar y promover la reflexión individual y conjunta de los/las alumnos/as hasta constituirse en práctica profesional cotidiana. A través de los dispositivos previstos en el proceso de formación, se espera que los estudiantes gradualmente integren la teoría y la práctica, sin delimitarlas en compartimientos estancos, favoreciendo la formación de un saber profesional.

En este contexto, las prácticas se realizan en un entramado que implica articulación y construcción de lazos institucionales y organizativos que facilitan la concreción de la propuesta de trabajo. Así, la formación práctica implica el desarrollo de actividades que fomenten procesos de inclusión, fortaleciendo otras continuidades de pertenencia de los sujetos, grupos y comunidades insertos en un contexto social.

A través de los dispositivos previstos en el proceso de formación, se espera que los alumnos gradualmente integren la teoría y la práctica, sin delimitarlas en compartimientos estancos, favoreciendo la formación de un saber profesional. Esta cuestión es crucial para garantizar y poner en funcionamiento los criterios de organización de los contenidos: gradualidad, articulación, integración, flexibilidad y diversidad.

De lo planteado hasta aquí se desprenden dos cuestiones básicas: los dispositivos incorporan instancias de reflexión y los contenidos se trabajan, se articulan e integran a través de los dispositivos.

1. Tipos de dispositivos: narrativos y de interacción

Se sostiene desde la **formación** una serie de dispositivos para la formación que, como se mencionó anteriormente, tienen la intención de generar espacios para la reflexión por parte de los enfermeros. Es posible distinguir entre dispositivos basados en la **narración** y aquellos

centrados en la **interacción**. Los primeros hacen foco en el relato de las experiencias, como testimonio, registrando lo significativo, lo relevante, los inconvenientes y lo que es necesario mejorar. Los segundos, en cambio, se centran en lo que sucede en el intercambio entre pares o entre el docente y los estudiantes.

Tipos de dispositivos.

Cuadro basado en aportes de Anijovich y otras (2009).



Estamos haciendo énfasis en la formación de enfermeros en tanto profesionales pensantes, definiéndolos como los profesionales que reflexionan sobre su propia acción y, a partir de ese proceso, establecen nuevas propuestas de mejora sobre su práctica. Dicha reflexión, según Perrenoud (2004), sólo será interiorizada en la medida en que se constituya en un habitus incorporado a la identidad profesional de enfermero. De allí que el trabajo sobre la práctica reflexiva no se aborda incluyendo un espacio curricular más destinado a su abordaje sino que es necesario que se despliegue transversalmente a lo largo de toda la formación.

2. Estrategias de enseñanza centradas en el estudiante y una evaluación de los aprendizajes acorde a ellas.

Las estrategias de enseñanza que focalizan en un papel central del estudiante enfatizan el papel del descubrimiento en el aprendizaje, propio de la búsqueda del sentido y propósitos del contenido académico. Se espera que los alumnos puedan derivar conceptos, generalizaciones y algoritmos por su propia cuenta a partir de la interacción con una situación real o simulada (un caso, un conjunto de situaciones o fenómenos, un problema, etc.). Es necesario, por eso, que tengan suficientes y variadas oportunidades de observación y análisis de los materiales o casos presentados, acompañadas de las formas de ayuda pedagógica que resulten adecuadas para promover el paso

del plano de la experiencia al de su conceptualización. Si bien se enfatiza el papel de la exploración y producción por parte del alumno, este tipo de estrategias supone el trabajo con material sistemáticamente preparado y puede involucrar formas de estructuración diversas del contexto de aprendizaje (de los tiempos de trabajo, de la organización social de la tarea, de las normas de la actividad, etc.). Estrategias como el estudio de casos, la enseñanza basada en problemas, la enseñanza basada en proyectos (atravesadas todas por el diálogo y el trabajo cooperativo) se tornan fundamentales para el desarrollo de competencias profesionales.

Resulta fundamental que el diseño de la evaluación de los aprendizajes sea coherente y pertinente con las propuestas de enseñanza, los propósitos y contenidos planteados. Se plantea una evaluación de los aprendizajes que atienda a la selección de instrumentos adecuados para la evaluación de las diversas competencias que se proponen sean aprendidas. Se propone una noción de evaluación formativa e integradora. En este sentido, desde el rol docente, se brinda información acerca del estado de aprendizaje de cada estudiante, a través del feedback, buscando ayudar a en la mejora del proceso de aprendizaje.

3. Actuación profesional centrada en el cuidado del otro

Necesariamente pensar en la formación del profesional enfermero implica dar cuenta del significado del acto de cuidar, es así que entendemos básicamente el Cuidar como un acto de vida, que representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener, conservar la vida y permitir que esta continúe y se reproduzca. Es sin duda un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que temporal o definitivamente requiere de ayuda para asumir sus necesidades vitales.

A lo largo de la historia se ha ido construyendo un consenso sobre el concepto del cuidado de la salud de las personas como eje u objeto de estudio central de la disciplina enfermería.

Si entendemos que cuidar es un fenómeno social y cultural, la enfermería como ciencia social y humana necesita conocimientos, preparación, y sobre todo experiencia de campo para llevar adelante los cuidados. Esto conlleva pensar que para cuidar y ser responsables de la gestión del cuidado los estudiantes de Enfermería deben aprender y reflexionar filosófica y ontológicamente sobre la naturaleza y el concepto del cuidado.

Será necesario acercarles a los alumnos la idea de un concepto integral sobre la acción de cuidar. El cuidado debe considerarse como foco y expresión esencial de su práctica, ya que representa el saber central de la enfermería y adquiere distintas connotaciones como el sentido de cui-

darse, cuidar al otro y cuidar con el otro. El cuidado fue definido por diferentes teóricas de la disciplina, sustentando junto a los conceptos de persona, entorno y salud los paradigmas de la ciencia de la Enfermería.

Siendo muchas las concepciones acerca del cuidado en enfermería, destacaremos sólo a tres de ellas, Watson (1996), por un lado, refiere que *"el cuidado es para la enfermería su razón moral, no es un procedimiento o una acción, el cuidar es un proceso interconectado, intersubjetivo de sensaciones compartidas entre la enfermera y el paciente"* agrega que *"cuidar es parte fundamental del ser"*. A su vez Marie Françoise Colliere (1993), destacada enfermera y maestra de enfermeros, miembro durante muchos años del comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud plantea que en el cuidar es importante aprender a tener en cuenta a los dos sujetos de los cuidados, tanto al que cuida como al que es cuidado, esto hace que los futuros profesionales requieran reflexionar sobre las emociones y las actitudes que acompañan a los cuidados. El cuidar al otro pierde su sentido si no hay un interés real en la persona, sujeto de cuidado, o si el contexto donde se otorgan los cuidados es adverso o altamente tecnificado, pues el contacto humano si no se visualiza como central en este acto, se ve limitado. Finalmente Leininger (1994), a través de sus estudios transculturales, realiza intentos para clarificar y conceptualizar la noción de cuidado: *el cuidado es para enfermería el dominio central del cuerpo de conocimientos y de las prácticas*. Afirma que el constructo cuidado se ha manifestado durante millones de años como fundamental en el crecimiento y la supervivencia de los seres humanos. El cuidado permitió a la humanidad vivir y sobrevivir bajo las más adversas condiciones ambientales, sociales, políticas y económicas.

Así como estas autoras, otros tantos destacados de la disciplina han estudiado el concepto del cuidar, profundizando su sentido. Con el aporte de todos ellos sostenemos que cuidado es un concepto multidimensional en constante construcción lo que hace que no solo centremos en él nuestro desarrollo profesional sino que continuemos reflexionando sobre el mismo.

El futuro profesional de enfermería ha de realizar diversos roles en su quehacer, siendo la base de estas tareas el preocuparse por el otro y a través del arte de cuidar, ayudar a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el alivio del sufrimiento y la rehabilitación. Para poder brindar este acto de cuidado, es necesaria una relación de mutua ayuda y colaboración, siendo esta instancia la única donde es posible compartir la esencia del ser humano.

Sostenemos la formación del profesional de enfermería con un enfoque centrado en el cuidado, entendiéndolo de manera holística, humanista, basado en la evidencia científica e intercultural. Desde el enfoque del cuidado en la formación profesional deberemos no solo proveer al estudiante de herramientas científicas y técnicas sino poner el énfasis en enseñar las actitudes para cuidar, generando a su vez las condiciones necesarias para que este logre internalizar la relevancia de la reflexión en el acto del cuidar.

4. La lectura y la escritura académica a lo largo de la formación

Al ingresar a los estudios superiores, los estudiantes se ven enfrentados a nuevas culturas escritas correspondientes a los distintos campos de estudio, el carácter implícito de las prácticas lectoras universitarias y la naturaleza tácita del conocimiento contenido en los textos que se les provee para leer plantean obstáculos al desempeño de muchos estudiantes.

Consideramos indispensable que la propuesta curricular se responsabilice de enseñar los modos de lectura y escritura en la universidad y los modos específicos de las disciplinas sobre cómo encarar los textos. No sólo se trata de formar en la comprensión del lenguaje de las disciplinas, sino también de formar en la escritura sobre ellas, favoreciendo la producción de argumentaciones, justificaciones, desarrollando estrategias de comprensión y comunicación

que promuevan su autonomía. Este es un aspecto fundamental del ser "estudiante enfermero en la universidad".

La lectura

La lectura comprensiva es indispensable para la apropiación de los conocimientos. En tanto práctica social de alto grado de complejidad, se considera que los estudiantes no pueden realizar solos la lectura de textos académicos sino que deben ser acompañados y guiados en la promoción de lecturas reflexivas y críticas.

Los docentes experimentados saben que no se puede dar por hecho que al indicar a los alumnos que lean los textos, todos harán lo mismo y al mismo tiempo. Si bien desde el punto de vista didáctico, los textos están al servicio de la comprensión de cuestiones centrales de las disciplinas, este proceso no es mágico ni automático. Por lo general, los textos que usamos son escritos por expertos en el área disciplinar, en lenguaje estrictamente académico y no es frecuente encontrar textos (salvo manuales) adaptados a lectores que recién se inician en los conceptos de la materia. Por lo tanto, resulta necesario que expliquemos el fundamento de su inclusión en el programa, articulándolo con el resto de los textos de la unidad.

En ocasiones, las formaciones universitarias incluyen talleres de escritura y lectura (cursos de técnicas de estudio, en general) por fuera de la materia. Se cree que, del entrenamiento en un taller de lectura comprensiva, es posible hacer una transferencia al contexto específico de la materia. Esta creencia está basada en el error de creer que escribir y leer son capacidades generales que pueden aplicarse a cualquier contexto.

Destacamos la importancia que presenta para la formación profesional llevar adelante en las aulas propuestas

de lectura y escritura orientadas por los docentes, cada uno en la materia y en el área de especialidad a la que pertenezca. Las tareas de inclusión y participación en el mundo profesional requieren que los estudiantes se apropien de estas herramientas para hacer uso de ellas en varios sentidos.

Asimismo, se destaca la importancia que tiene la lectura, como actividad irremplazable en la construcción de conocimientos y para la reflexión y producción de ideas propias en los estudiantes.

El desafío que se les presenta a los alumnos es poder articular los ejes conceptuales del espacio curricular en el que se están formando con las prácticas de lectura y escritura de manera que, al mismo tiempo que los alumnos estudian para aprender la disciplina, comprenden la lógica que subyace a sus postulados y aprenden a expresarse en los términos profesionales que se espera de ellos.

En ese sentido, la propuesta curricular de enfermeros se hace responsable, desde la formación, de la enseñanza de la lectura y de la escritura en enfermería en el ámbito universitario. En cada espacio curricular, en cada materia, cada docente guiará como experto en el área a los recién llegados a la disciplina, orientándolos y poniendo claras señales en los puntos centrales, las pistas, las intenciones, los discursos, etcétera.

Esto significa que no se dejará en "manos de los estudiantes" que aprendan solos cómo es la lectura y la escritura en la universidad, como sucede en ocasiones. Particularmente, el colectivo ingresante a la universidad requiere ser fortalecido al respecto, no hacerse cargo desde la for-

mación implicaría dejar a los alumnos con poco sostén para la permanencia en sus estudios en la universidad. No hacerse cargo de la enseñanza de la lectura y la escritura de distintas disciplinas, y dejar de considerar que es un problema que debe ser abordado desde la enseñanza atenta contra la permanencia de los estudiantes. Esto implica desarticular discursos instalados como: "Los alumnos no saben leer", "Los alumnos escriben mal".

La escritura

Planteamos la escritura desde dos puntos de vista. Por un lado, presentamos la escritura que promueve pensamientos y nuevas ideas acerca de algún aspecto de la realidad, aquella que es llamada *escritura reflexiva*. Por el otro, vemos cómo esa escritura reflexiva (más privada) se transforma en comunicación y expresión de ideas e información, es decir, se convierte en *escritura profesional*. Se busca estimular ambas formas de escritura en los estudiantes: tan indispensables para aprender y estudiar como para el desempeño profesional cotidiano, por ser una herramienta indispensable de construcción del pensamiento y que permite interactuar con las ideas de otros colegas.

La escritura reflexiva posibilita pensar sobre los contenidos de las materias y su organización, pero también es una herramienta para conceptualizar acciones realizadas, situaciones observadas, procesos mentales a lo largo del tiempo, etcétera. En definitiva, está al servicio de la búsqueda de sentido acerca de un recorte de la realidad sobre la que se quiere pensar. La escritura reflexiva permite estimular el conocimiento de los objetos del mundo, al

mismo tiempo que el sujeto hace inteligibles (a sí mismo y a sus compañeros) sus procesos de comprensión.

Asimismo, denominamos escritura profesional al formato que adopta la escritura (que siempre es reflexiva) tanto en las disciplinas científicas como en el campo de trabajo y ejercicio profesional de cada una de ellas. Si bien es un tipo de escritura muy acotada a las convenciones estipuladas y formales, su desarrollo no está por fuera de las condiciones cognitivas necesarias para todo proceso escritural. En este caso, la escritura reflexiva adoptará la forma de escritura profesional, según la demanda. Pero en todos los casos, no hay escritura sin reflexión (en todo caso eso sería mera copia), cualquiera sea el formato de presentación que se indique. Según Carlino (2004), los problemas que los estudiantes presentan a la hora de escribir textos académicos no son atribuibles a una incapacidad para la escritura en general, sino a que se requiere de ellos una práctica que comienza en el momento de su ingreso a la vida universitaria, en razón de que se les presentan textos y materiales que no han visto con anterioridad.

Desafíos

El enfoque de nuestra formación requiere por un lado, de un fuerte compromiso institucional, de una formación sistemática de quienes son los formadores y de un seguimiento intenso del desarrollo curricular. Respecto del compromiso institucional, es necesario que todos los actores de la formación estén comprometidos con la propuesta.

Un punto de partida es la revisión sobre cómo han sido formados los formadores para poder llevar adelante este enfoque de formación. Es imprescindible la formación de los formadores, a través de dispositivos que también colaboren en sus prácticas como docentes.

Encontramos algunas limitantes para el desarrollo del enfoque:

Nuestro enfoque está centrado tanto en el "otro" de la atención, como en el estudiante que se está formando. Lo anterior no resulta de fácil resolución en tanto hay una larga historia que atenta contra esto. Tanto el estudiante como el sujeto de la atención (es decir el objeto de la formación) históricamente han quedado relegados por el docente y profesional respectivamente. Solo a modo de mención diremos que no se encuentran del todo consolidadas las estrategias de enseñanza centradas en el estudiante, dado que han estado privilegiadas las estrategias "directas" donde el profesor presenta contenidos sistemáticamente. Vinculado a lo anterior advertimos, que además, se requiere consolidar el centramiento en el cuidado y descentrase de la aplicación de "procedimientos" sobre los organismos. Sostenemos que la reflexión es central para nuestra concepción de práctica profesional, sin embargo, esto no es sencillo considerando las tradiciones desde las que se ha formado a los enfermeros.

Históricamente se ha puesto énfasis en el entrenamiento de habilidades, por ello la posibilidad de formar un profesional reflexivo se "tensa" con la idea de formar un profesional "entrenado". Las prácticas de reflexión son prácticas necesarias de abordar en profundidad y no siempre es fácil reflexionar profundamente. Se requiere de una articulación entre distintos dispositivos para que la reflexión sobre la práctica profesional se consolide en hábitos. Se requiere, por otro lado, una reflexión sistemática y no episódica.

En el ámbito universitario es muy reciente la inclusión del abordaje de la lectura y escritura en la universidad como objetos de enseñanza. Sin embargo, existe una concepción arraigada que lectura y la escritura se aprenden pero no se enseñan, no comprendiendo que las prácticas lectoras universitarias y la naturaleza tácita del conocimiento contenido en los textos, así como los distintos tipos de escritura son "enseñables". Esta creencia está basada en el error de creer que escribir y leer son capacidades generales que pueden aplicarse a cualquier contexto.

Aún con las limitantes señaladas, consideramos que vale la pena trabajar arduamente para consolidar un enfoque como el que venimos desarrollando.

Bibliografía

- Anijovich, R.; Cappelletti, G.; Mora, S. y Sabelli, M.J. *Transitar la formación pedagógica. Dispositivos y estrategias*. Buenos Aires: Paidós; 2009.
- Arfuch, L. *El espacio biográfico. Dilemas de la subjetividad contemporánea*. Buenos Aires: FCE; 2002.
- Camilloni, A. "Las Didácticas de las profesiones y la Didáctica General. Las complejas relaciones de lo específico y lo general." En: María Civarolo, M. Lizarriturri, M. G. (Comp.) *Didáctica general y didácticas específicas: la complejidad de sus relaciones en el nivel superior*. 1a ed. Villa María: Universidad Nacional de Villa María. E-Book. 2014.
- Carlino, P. *Escribir a través del currículum: tres modelos para hacerlo en la universidad, Lectura y vida*. *Revista latinoamericana de lectura*. Marzo 2004; Año 25 N° 1:16-27.
- Chaiklin S. y Lave J. *Estudiar las prácticas: perspectivas sobre actividad y contexto*. España: Amorrortu; 2001.
- Colliere, MF *Utilización de la antropología para abordar las situaciones de cuidados*. *Revista Enfermería ROL* 1993, Jul-Ago; XVI (179/180):71-80.
- De Miguel, J.M. *Auto/biografías*. Madrid: Centro de Investigaciones sociológicas; 1996.
- Fenstermacher, G. y Soltis, J. *Enfoques de la enseñanza*. Buenos Aires: Amorrortu; 1999.
- Leininger M. *Enfermería Transcultural: conceptos, teoría y prácticas*. 2nd ed. Columbus (OH/USA) McGraw-hill and Greden; 1994.
- McEwan, H. y Egan, E. *Las narrativas en la enseñanza, el aprendizaje y la investigación*. Buenos Aires: Amorrortu; 1998.
- Olson, D. *El mundo sobre el papel. El impacto de la escritura y la lectura en la estructura del conocimiento*. España: Gedisa Editorial; 1998.
- Perrenoud, P. *Construir competencias desde la escuela*. Caracas: Dolmen Ediciones; 2000.
- Perrenoud, P. *Desarrollar la práctica reflexiva en el oficio de enseñar*. Barcelona: Grao; 2004.
- Scardamalia, M. y Bereiter, C. (). *Dos modelos explicativos de los procesos de composición escrita*, *Infancia y Aprendizaje*, 58, 43-64; 1992.
- Schön, D. *La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones*. Barcelona: Paidós; 1992.
- Schön, D. *El Profesional reflexivo*. Buenos Aires: Paidós; 1998.
- Watson J. "Teoría del cuidado transpersonal." Walter PT, Neuman B editors, *blueprint for use of nursing models: education, research, practice & administration* (NY/USA): NLN Press; 1996.

EL SENDERO DE LA SALUD: UN ESPACIO PARA APRENDER JUGANDO

Autores:

Aguilar, Viviana Beatriz.

Lic. en Enfermería – Lic. Prof. en Antropología Social Coordinadora Carrera Licenciatura en enfermería – ESCS-UNCPBA – Olavarría – Prov. De Buenos Aires. Argentina

Bernardelli, Bettina

*Lic. en Enfermería
Carrera Licenciatura en enfermería – ESCS-UNCPBA – Olavarría Prov. De Buenos Aires. Argentina*

Botasi, Sandra.

*Medica Veterinaria
Docente Educación Media
Olavarría Prov. De Buenos Aires. Argentina*

Contacto:

Vivianaaguilar4@hotmail.com

Resumen

El sendero de la salud se propone como una propuesta pedagógica recreativa de integración social entre el sistema educativo, el Gobierno Municipal de Olavarría y la Escuela Superior de Ciencias de la salud de la UNCPBA.

A través de la misma, los alumnos de la carrera de licenciatura en enfermería se integraron el sistema educativo formal, para interactuar en la construcción de conductas generadoras de salud. A través de diversas actividades lúdicas diseñadas para animar cada una de las postas del Sendero de la Salud se concretaron acciones de educación y promoción de la salud a través de cuentos y juegos didácticos diseñados para niños de nivel inicial y primario.

Los alumnos abordaron cada una de las postas elegidas (donación de órganos, sexualidad responsable, alimentación saludable, drogas legales e drogas ilegales) desarrollando actividades de promoción de la salud a través de diferentes actividades lúdicas (cuentos y juegos) adaptados a la edad de los niños.

Palabras claves:

Enfermería, integración comunitaria, promoción, salud.

En la búsqueda de nuevos espacios

“No hay palabra verdadera que no sea unión inquebrantable entre acción y reflexión.”

Paulo freire

Esta experiencia, expone un modelo de articulación entre diferentes niveles educativos, desde una perspectiva que asume la complejidad y la incertidumbre de la sociedad actual, y compromete a los actores sociales a interactuar con otros en espacios no explorados hasta el momento.¹

La experiencia de articulación entre la Universidad e instituciones gubernamentales y no gubernamentales con el sistema de educativo, tiene entre sus objetivos articular las prácticas educativas en espacios innovadores y construir, desde la realidad cotidiana, un espacio generador de conductas saludables para niños y jóvenes, insertos en el sistema educativo formal de educación.

Teniendo en cuenta que la universidad tiene entre sus funciones la de interactuar de manera dinámica y continúa con la sociedad civil, es que se propone, esta experiencia de integración con los alumnos de enfermería y niños que se encuentran en el nivel inicial y en nivel primario. La propuesta apunta a interactuar con el sistema educativo a través de generar la creación de espacios, en donde se realicen, integrando a diferentes actores sociales, actividades dirigidas a la prevención y promoción de la salud.

Teniendo en cuenta que, la promoción de la Salud, surge entonces, como “el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud y la mejoran”, como una estrategia, una respuesta social organizada, multisectorial y multidisciplinaria, para mejorar la salud y el bienestar de la sociedad. (2)

Por esto, es que la comunidad debe jugar un rol activo de autogestión, participación, responsabilidad e iniciativa en la solución de sus problemas de salud y participar para el alcance de los objetivos planteados, lo que permitirá favorecer el desarrollo de la comunidad y con ello, el desarrollo social.

La participación social y comunitaria, desde la Declaración de Alma Ata, se ha concebido como uno de los pilares fundamentales de la Atención Primaria de la Salud (APS), orientada al logro de la equidad y el empoderamiento de las comunidades.

Con relación a esto la Organización Mundial de la Salud plantea que “la insistencia en que la gente debe hacerse responsable de su propia salud es un aspecto importante del desarrollo individual y colectivo. Con alta frecuencia se considera que un sistema eficaz de atención primaria, es un servicio más eficiente, humano y útil; facilita un producto, la salud, que en realidad la gente debería alcanzar por sí misma. En lo posible la salud nunca debe “darse” o “facilitarse” a la población. Por el contrario, se debe ayudar a la gente a participar consciente y activamente en el logro y la promoción de su propia salud”.

Teniendo en cuenta, que la educación para la salud, es un proceso permanente y reflexivo de cambios favorables en

los conocimientos, actitudes y prácticas de los individuos, y que tiene como finalidad el desarrollo de estilos de vida saludable, es que se propone como una herramienta para dicha experiencia de integración como práctica de la promoción de la salud (3).

La educación para la salud encuentra su desarrollo en espacios como la educación no formal y la educación formal, lo que implica la utilización de métodos y técnicas novedosas que promuevan al máximo el desarrollo de las potencialidades de las personas y les proporcionen herramientas para ejercer derechos y su papel protagónico en la construcción de una sociedad saludable. Como herramienta, aporta métodos e instrumentos novedosos y efectivos, especialmente en procesos donde se requiere no sólo personas informadas sino con importantes avances en cambios de actitudes y prácticas. Es decir, donde no solamente dispongan de información sino que vivan realmente un proceso de enseñanza-aprendizaje.

La promoción de la salud requiere de la toma de decisiones de Estado que comprometen a todos los sectores sociales. Dentro de este contexto, exige ciudadanos activos que dejen de ser receptores pasivos, implica el cuidado

La promoción de la salud requiere de la toma de decisiones de Estado que comprometen a todos los sectores sociales. Dentro de este contexto, exige ciudadanos activos que dejen de ser receptores pasivos, implica el cuidado de la salud, noción que tiene una connotación mucho más amplia e integral que la de “atención”. Implica relaciones horizontales, simétricas y participativas; no se aísla en un programa o en un servicio específico, sino que es intersectorial. (4) De este modo, se exige que las instituciones

y personas tengan como objetivo lograr el más alto nivel de salud posible para la población y los grupos más vulnerables y que definan acciones y recursos para lograrlo. El sendero de la salud se propone como una propuesta pedagógica, innovadora y recreativa, en donde el niño a través de un recorrido educativo, va atravesando diferentes postas con las que tomara contacto con un hábito de vida sano, que potencialmente se puede trabajar para prevenir enfermedades y concientizar para construir hábitos saludables.

El sendero de la salud

El sendero de la salud surge durante un recorrido por el Parque Zoológico La Máxima con un grupo de alumnos de la carrera de licenciatura en enfermería durante la realización de un registro etnográfico para la asignatura Antropología social

La propuesta consiste en recorrer un sendero, durante su trayecto, presente una serie de imágenes (posteriormente fueron tallas de árboles muertos), que aporten información y permitan, a través de visitas guiadas, interactuar con hábitos sanos.

Dicha propuesta permite el acompañamiento a través de visitas guiadas, en donde, utilizando estrategias lúdicas, como juegos y diferentes actividades didácticas, enfrenten a los niños y jóvenes a hábito a trabajar.

Más allá de los objetivos generales que impulsan la existencia de este parque, de dependencia municipal, las tareas que se realizan se articulan en torno a su Departamento Educativo, el cual se posiciona como un complemento de la educación formal, de modo que se favorezca no sólo una mejor comprensión conceptual

de los temas vinculados con hábitos saludables y el medio ambiente, sino el desarrollo de un pensamiento sustentable en los alumnos, docentes y otros actores sociales de la comunidad.

El programa se piensa y se constituye, entonces, como un complemento de la educación formal, porque aporta a ella desde una lógica de funcionamiento diferente a la escolarizada, conectada con el medio ambiente de manera directa, desestructurando a los estudiantes y docentes del espacio áulico.

El programa de actividades que impulsa el Departamento Educativo se construye sobre la base de los diseños curriculares de los niveles educativos formales, teniendo en cuenta la utilización de estrategias que consoliden la apropiación de los conocimientos dados, pero favoreciendo también un aprendizaje más autónomo e innovador para los estudiantes.

Uno de los objetivos de dicho parque es el de constituirse como "aula verde", transformado los planteos establecidos curricularmente en una experiencia integral de conexión con el medio ambiente y el entorno natural.

El diseño curricular indica, por ejemplo, que se enseñan ciencias para ayudar a comprender el mundo que nos rodea, y para dotar a los estudiantes de estrategias de pensamiento y acción que les permita operar sobre la realidad para conocerla y transformarla. Esto requiere, de habilidades y capacidades que sólo pueden desarrollarse en contacto con el medio y a través de la participación activa y comprometida en todos los actores sociales que se comprometan en la propuesta de integración desde la planificación hasta la evaluación.

Desde esta perspectiva es que se comenzó a trabajar con escuelas de diferentes niveles de educación: Especial, Inicial, Primario, Secundario, Terciario y Universitario, de gestión pública y privada, como así también con la comunidad en general.

La integración y la promoción de aprendizajes significativos, caracterizados por el compromiso, la participación y la responsabilidad en relación al ambiente, la conservación de la flora y la fauna autóctona y la promoción de hábitos saludables, teniendo un nuevo escenario como una herramienta pedagógica.

El Parque es un espacio propicio para la creación de nuevos espacios educativos, no solo porque los niños, jóvenes y familias interactúan con la naturaleza y sus seres vivos, sino porque invita al juego y la camaradería brindando un espacio de libertad.

De esta manera, comenzaron las charlas e ideas de cómo hacerlo, de que materiales serían los más apropiados para la realización de la cartelería, cuál sería su recorrido y como, cada una de las postas aportaría la información, para la cual se había diseñado.

El encuentro con dos árboles añejos, sin vida, sugirió la realización de un portal para el comienzo del sendero y a partir de la idea del tallado de los árboles, se comenzó con su realización.

Dichas tallas fueron realizadas por un artesano local de la ciudad, quien los fines de semana, invitaba al tallado de las diferentes piezas, a niños y adultos, que recorrieran el parque. De esta manera, se logró involucrar a un número mayor de actores sociales, quienes día a día iban participando de la propuesta del sendero.



Portal del Sendero de la Salud

Es así, que el Sendero de la Salud se constituyó, en un espacio educativo recreativo, que puede ser recorrido por los niños acompañados por sus padres y o docentes con el objetivo de promocionar hábitos saludables, como alimentación, higiene bucal, prevención de tabaquismo, alcoholismo y drogas, promoción de la actividad física y la lactancia, como así también la importancia de la donación de órganos.

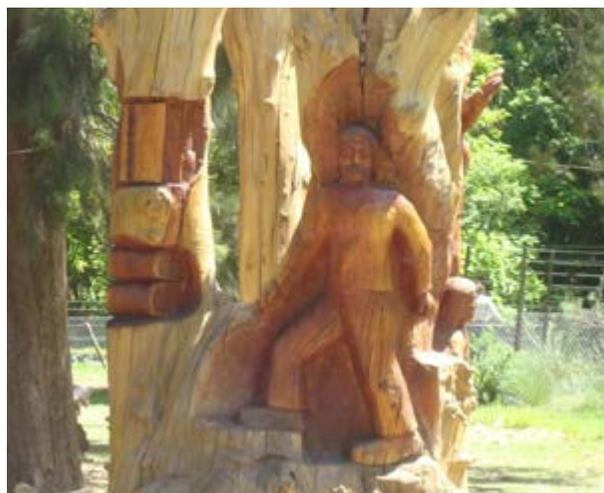
Este sendero, se inauguró el 7 de abril del año 2010, en conmemoración al Día Mundial de la Salud, teniendo en cuenta el lema de la OMS que sugería abrir las ciudades para promocionar la salud. Este espacio se constituyó en un ámbito

participativo para el cuidado de la salud y la adquisición de valores relacionados con la vida sana.

Es importante destacar que, el espacio utilizado para la realización de este sendero, reúne una serie de ventajas, tales como son sus espacios verdes, el contacto directo con la naturaleza y los animales sueltos, característica que el parque posee.

Se realizaron dos tallas en madera para el Portal de inicio en donde se plasmó la idea eje del proyecto educativo que es la formación en valores, las mismas resaltan la importancia de los grupos, la diversidad cultural, la formación o conocimiento y el camino hacia las metas, hacia nuestro cielo, como el límite para los objetivos que nos proponemos.

El recorrido consta de dos tallas en el Portal de inicio, y siete postas en donde se pueden apreciar tallas que hacen referencia a la prevención de tabaquismo, Lactancia Materna, Alimentación Sana, Higiene Bucal, Sexualidad Responsable, Donación de Órganos y Prevención de las adicciones.



Aprender jugando: La integración con la Universidad

El sendero de la salud se propone como una propuesta pedagógica de interacción social entre la comunidad y la universidad, es ahí, en donde los niños, toman contacto con diferentes hábitos de vida, para construir conductas generadoras de salud.

Pensando a la articulación como un proceso dinámico y continuo, que exige por parte de las partes involucradas, el compromiso de crear un espacio de trabajo conjunto e interactivo, es que se propone la participación con los estudiantes de enfermería, para llevar a cabo la experiencia de integración: universidad – sistema educativo, a través de la animación de dicho sendero.

A través del diseño de diversas actividades relacionadas con juegos y cuentos, construidas por los alumnos del Tercer año Carrera de Lic. en Enfermería del Módulo de Integración II, quienes fueron los responsables de animar el sendero para, más tarde, interactuar con los alumnos de diferentes establecimientos educativos del nivel inicial y primaria.

Es importante destacar que este modulo integra contenidos del primer y segundo año de la carrea de Lic. en enfermería teniendo un abordaje comunitario que permitió poder realizar dicha experiencia.

La propuesta tuvo entre sus objetivos:

- Interactuar con la comunidad y brindar conocimientos a los niños que influyan en sus hábitos de vida, generando conductas saludables.

- Fomentar la integración de diferentes actores sociales fortaleciendo valores de solidaridad, respeto, igualdad, compromiso y tolerancia.
- Crear nuevos espacios académicos para realizar actividades relacionadas con la promoción de la salud.
- Diseñar material didáctico-educativo que se encuentre disponible para cualquier niño y su familia que transite el sendero.

Los alumnos abordaron cada una de las postas elegidas (donación de órganos, sexualidad/higiene, alimentación saludable, drogas legales, drogas ilegales) desarrollando actividades de promoción de la salud a través de diferentes actividades lúdicas (cuentos y juegos) adaptados a la edad de los niños.

Una vez que se expusieron los trabajos realizados por los alumnos, en el ámbito de la universidad, se realizaron simulaciones en el parque, con el propósito de incentivar y fortalecer la confianza de los alumnos, quienes posteriormente, realizarían la experiencia con los niños de diferentes establecimientos educativos.

Se trabajo con cada una de las postas a través de distintas actividades recreativas, teniendo en cuenta, su posterior seguimiento en las instituciones, a través de visitas a los centros educativos.

La posibilidad de integrar a la universidad, el Gobierno Municipal y los diferentes niveles del sistema educativo, permitieron que las acciones se continuaran hasta hoy en el tiempo, siendo aplicadas por los diferentes actores sociales que participaron o no en la propuesta.

Esta experiencia no tendría real trascendencia en la acción concreta, si no se tiene en cuenta, el lugar del destinatario: los estudiantes en particular y (a través de ellos y con ellos) la comunidad en general.

Ante cada propuesta de actividad incluida en las actividades, se consideran las ideas o conceptos que los niños traen consigo respecto al que sea el tema planteado.

La construcción de los materiales didácticos se pensó desde un paradigma constructivista, en donde se problematizaran situaciones concretas y se tuvieran en cuenta, posibles líneas de acción al respecto tratando en conjunto de llegar a conclusiones generadoras de cambio. Se busco, la modificación de la acción o la actitud de quienes participan, apuntando a que los participantes sean multiplicadores de lo aprendido.

Todos los espacios que se habilitan mediante las actividades se piensan como de intercambio, y en este sentido toda propuesta es considerada.

Se trata, asimismo, de "descontracturar" la lógica educativa formal, como así también de habilitar voces.



Actividad con el Nivel Inicial en la Posta de Prevención de las Adicciones

Resultados y conclusiones

La experiencia de integración entre diferentes actores sociales e instituciones nos enfrenta a una serie de desafíos que deberemos transitar para alcanzar nuevos objetivos que impone la sociedad actual.

Las universidades deben abrir las puertas al mundo actual e interactuar de manera continua y dinámica.

No pueden quedar ajenas de los cambios sociales, políticos, económicos e históricos del hoy, el saber académico debe traspasar las puertas de los claustros para involucrarse con la sociedad, que lo exige, no solo para dar respuestas a múltiples problemáticas sino porque su rol social, debe "hacerse tangible" desde la práctica.

Diferentes propuestas de integración educativa vienen desarrollándose, en silencio, en diferentes espacios académicos, el desafío no solo está en mostrarlas, sino en continuar con los trabajos que se inician, como experiencia innovadora de integración, a lo largo del tiempo.

Los alumnos de la Carrera de Licenciatura en enfermería lograron enfrentar el desafío propuesto. La tarea no fue fácil, los obstáculos fueron abordados, de manera conjunta, con las instituciones con las que se trabajo, el trabajo en equipo permitió que la experiencia resultara gratificante y enriquecedora y no se diluyera en el tiempo.

Las alumnos del modulo del Taller de Integración II expresaron satisfacción y novedad en la realización de la tarea ya que se creó un nuevo espacio educativo para el abordaje de problemáticas sociales y la posibilidad de realizar un trabajo comunitario mas allá de los establecimientos de salud.

La producción de material educativo – lúdico se donó al parque, de manera que se pudiera utilizar, cuando se recorriera el sendero, a cargo del equipo educativo de la institución.

Referencias

- (1). Medina Moya, José Luis y otros "La complejidad del cuidado y el cuidado de la complejidad: un tránsito pedagógico de los reduccionismos fragmentantes a las lógicas no lineales de la complejidad." Texto y Contexto de enfermería, abril-junio año/vol 15, numero 002, Universidad Nacional de Santa Catarina, Florianopolis, SC – Brasil, 2006 pp 312-319.
- (2). CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD.. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. OMS, Salud y Bienestar Social de Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública. 1986
- (3). Terris, Milton. (1991) ¿Qué es la Promoción de la Salud? Traducción libre del Dr. Guillermo Llanos, del editorial "What is Health Promotion?" J.Pub. Health Pol., 1986:147-151. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C.
- (4). Abric Jean Claude. Prácticas sociales y representaciones. Ediciones Coyoacán, Editorial Filosofía y Cultura Contemporánea, México.2001

Bibliografía

- Alligood, M. R., Chong-Choi, E. *Evolución del desarrollo de las teorías de enfermería*. In A. Marriner-Tomey. *Modelos y teorías en enfermería*. (3 ed). Madrid. Mosby/Doyma.1994
- Davidson PM, Meleis A, Daly J, Douglas M. *Globalisation as we enter the 21st century: Reflections and directions for nursing education, science, research and clinical practice*. *Contemporary Nurse* 2003; 15(3):162.
- Martínez Benítez Matilde et al. *Sociología de una profesión el caso de Enfermería*. Segunda edición, edit. CEE, México, 1993: 326.
- Reibnitz, Kenya Schmidtdo, Do Prado Marta Lenise: *Salud y globalización: retos futuros para el cuidado de enfermería, Conferencia realizada en la Semana Cultural de la Facultad de Enfermería/UANL, Monterrey, México 2003*.
- Organización Mundial de la Salud. *El contexto del Ejercicio de la Enfermería*. En *el Ejercicio de la Enfermería*. Ginebra: OMS, 1996, P.13

La licenciatura en enfermería en la Universidad Nacional de Mar del Plata: sus desafíos curriculares

Autores:

Celaya, Laura Adriana

Lic. en Enfermería y Especialista en Docencia Universitaria. Profesora titular de Investigación en Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social. Directora del Grupo de Investigación "Universidad, representaciones sociales y disciplinas". Universidad Nacional de Mar del Plata.

Leyva Ramos, Miguel

Lic. en Historia. Universidad de La Habana. Especialista en Docencia Universitaria. Magíster en Letras Hispánicas. Doctorando en Educación (UNICEN). Profesor adjunto de Sociología. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Salud y Trabajo Social. Integrante del grupo de investigación "Universidad, representaciones sociales y disciplinas". Universidad Nacional de Mar del Plata.

Vuotto, María Marcela

Lic. en Tecnología educativa. Profesora adjunta de Metodología del aprendizaje y del trabajo grupal y Educación para la salud. Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social. Integrante del grupo de investigación "Universidad, representaciones sociales y disciplinas". Universidad Nacional de Mar del Plata.

Marti Velazquez, Gabriela Fernanda

Lic. en Enfermería. Jefe de trabajos prácticos de Metodología del aprendizaje y del trabajo grupal y Educación para la salud. Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social. Integrante del grupo de investigación "Universidad, representaciones sociales y disciplinas". Universidad Nacional de Mar del Plata.

Oyarburo, Liliana

Lic. en Enfermería. Ayudante graduado de Enfermería Básica. Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social. Integrante del grupo de investigación "Universidad, representaciones sociales y disciplinas". Universidad Nacional de Mar del Plata.

Turchi, Rocio

Estudiante avanzada de la Carrera de Licenciatura en Enfermería. F.C.S y S.S. Integrante del grupo de investigación "Universidad, representaciones sociales y disciplinas". Universidad Nacional de Mar del Plata.

Contacto:

lcelaya@mdep.edu.ar

Resumen

Este trabajo da cuenta del currículo como espacio de construcción de significados, donde se pugna hegemonía a través de capitales de tipo cultural, social, económico y simbólico. Espacio, donde además, el poder hegemónico y la contrahegemonía, disputan la formación del estudiante que se expresa en el perfil e incumbencias del futuro profesional. A pesar de estar establecidos ambos –perfil e incumbencias– en un determinado plan de estudios, somos conscientes de, por una parte, la magistratura poderosa que poseen y ejercen los docentes, además del nivel superador –en el que se trasciende el plan de estudios– de la intervención pedagógica en las instancias áulicas y extra-áulicas. Lugares desde donde docentes, graduados y estudiantes con pensamiento crítico, establecen estrategias y prácticas contrahegemónicas.

Basados en una investigación de diseño cualitativo, de tradición hermenéutica, hemos abordado el tema a partir de confrontar los marcos teóricos y la empírea. Esta última obtenida a través de entrevistas focalizadas y estudio de contenido documental. En el análisis de la misma observamos el distanciamiento entre el Plan de Estudios y el Currículo, plasmado entre lo supuesto y lo oculto como expresión emergente para procurar desarrollar los fundamentos de la disciplina en un contexto institucional de pujas de poderes, vertical, semipermeable y de comportamiento paranoigénico.

Palabras claves:

Institución universitaria – Currículo – Pensamiento crítico Enfermería.

Introducción

Es intención de este trabajo, poner en cuestión el currículo de formación de la Licenciatura en Enfermería perteneciente a la Universidad Nacional de Mar del Plata, enmarcado en un proceso reflexivo y dialógico entre la trilogía compuesta por la Universidad (como institución), el Estado (como aparato ideológico) y los sujetos protagonistas (a partir de la mirada de habitus y campo de Pierre Bourdieu, entre otros). A tal efecto, se procuró conocer cómo el currículo de formación de la referida carrera contribuye a la construcción de un pensamiento crítico de la profesión enfermera.

Para procurar conocer el fenómeno nos planteamos comprender la universidad en su doble función "instituido/instituyente", facilitadora de "capacidad imaginante" y de "pensamiento crítico"; el alcance de esta propuesta es analizar el contenido curricular de la carrera en cuestión, así como dialogar críticamente desde las narrativas de sus docentes y sus estudiantes, quedando pendiente para otra instancia la de sus graduados.

Sostenido en la hermenéutica como tradición de la investigación cualitativa, se estableció una interrelación crítica entre el "deber ser", el "ser", y el "ser deseado". Para ello se recurrió, como elementos de análisis y confrontación: al plan de estudios, a las normativas pertinentes, a las entrevistas con los sujetos protagonistas (docentes y estudiantes), dejando para una posterior fase a las representaciones sociales sobre enfermería y los aportes de representantes relevantes de la disciplina, así como al ejercicio contrahermenéutico de confrontación de las narrativas individuales con las emanadas de los grupos focales.

La naturaleza del presente trabajo nos constriñó además a realizar un relevamiento del estado del arte acerca del contexto referencial del mismo, a partir del cual se consensuaron los principales conceptos teóricos. Respecto de la universidad y los sujetos sociales que le constituyen, utilizamos los conceptos siguientes: campo/habitus-capital (Bourdieu), capacidad imaginante- instituido/instituyente (Castoriadis), instituciones paranoigénicas (Jacques), guion mítico (Fernández), hegemonía-intelectuales orgánicos (Gramsci), reproducción social y aparatos ideológicos del Estado (Althusser).

Para el abordaje del campo disciplinar: fuentes de conocimiento (Carper), tipos de conocimientos (Meleis), paradigmas de la Enfermería (Kerouac-Fawcett-Newman-Newman). Mientras que para el campo curricular nos remitimos a: currículo y disciplina curricular (Bolívar), el currículo como proceso educativo/experiencias escolares (Dewey), currículo-institución (Bobbit), construcción curricular (Charter), principios curriculares (Taylor), currículo construido (Egglestone-Apple), racionalización curricular tecnológica-medios-fines (Taylor-Taba), currículo como práctica social (De Alba) e historiografía curricular (Díaz Barriga-Camillioni-De Alba, entre otros).

Para iniciar la interpretación y construcción de los datos, debemos aclarar que vamos a dialogar con la empírea extraída de entrevistas focalizadas a docentes (los que designaremos con una *D* y a estudiantes (los que designaremos con una *E*, entrecomillando o parafraseando a medida que se incorporen en el trayecto argumentativo.

La institución universitaria: un diálogo crítico

"La subjetividad cambia en el proceso de cambio de la objetividad. Yo me transformo al transformar. Yo soy hecho por la historia al hacerla."

Paulo Freire

Como hemos planteado en la introducción, iniciaremos este trabajo, abordando críticamente a la institución universitaria, por ser el territorio de significación donde se desarrolla nuestro objeto de estudio. Para este particular, se debatieron distintos aspectos referidos al ámbito universitario, sus estructuras institucionales, sus regulaciones y, primordialmente, sus prácticas institucionales. Discusiones que nos proporcionaron los elementos teóricos-metodológicos necesarios para indagar las instituciones de educación superior y explorarlas desde una perspectiva psicosociológica.

El referido abordaje coadyuvaría a definir conceptualmente a la institución, entendida la misma como un elemento de regulación social, a través del cual se socializan tanto lo permitido como lo prohibido, prolongando un estado de situación determinado e integrado por:

- Conjuntos culturales ¹
- Sistema simbólico ²
- Sistema imaginario ³

Ahora bien, este proyecto de existencia institucional y su naturaleza constitutiva reproduce dos tipos de organización muy diferenciadas: la organización positiva y la organización negativa. Entendiendo a la primera como aquellas que favorecen la cohesión, la homogeneización, la tendencia a la fusión, la comunidad de ideas en consonancia con el "mito fundador" donde cada sujeto que le conforma ocupa un lugar en sí misma y, por ende, están incluidos y seguros en ella. Mientras que, por su parte

1. Aquellos conjuntos que aportan y ofrecen valores, normas de pensamiento y acción que modelan la conducta y se cristalizan en una cultura constituyendo roles, entendidos éstos como las pautas de conductas que la sociedad impone y espera de un individuo (actor social) en una situación determinada (Parsons). El rol tiene la función de separar lo que somos (identidad) de lo que representamos (rol). Según Peter Berger, todo rol tiene una disciplina interior, determinada forma y modela tanto la acción como el actor. En igual sentido, Parsons indica cómo el ingrediente central del concepto de rol es la expectativa de que el actor actuará de una manera determinada. Entonces, los roles implican relaciones normativas y consisten en una constelación de expectativas acerca de cómo las personas se comportan entre sí.

2. Sistema que se constituye a partir de mitos fundantes (L. Fernández), constructores de mitos unificadores, la creación de héroes y villanos, fundamentados por procedimientos históricos que legitiman la acción de los sujetos, dando sentido a sus prácticas (Pierre Bourdieu).

3. Aquel que sustituye el imaginario de los sujetos (capacidad imaginante, Castoriadis), evitando que puedan imaginar, lo cual evita la desligazón. En definitiva se instituye a partir de una historia fundacional que les vincula generando un proyecto de existencia que les son propios.

la organización negativa se caracteriza por rechazar la creatividad, aumentar la entropía, para evitar tensiones reprime, inhibe el pensamiento creativo y se caracteriza por el renunciamiento y la acriticidad de quienes la constituyen. La afirmación anterior es reconocida, de forma consciente o no, por los docentes cuando refieren:

"El currículo se produce en el contexto de una organización y es atravesado por las instituciones. En este caso sería la Facultad, por lo tanto la dinámica que ahí se genere va a influir en él." D6

"Es un espacio cultural y político, por lo cual, el bienestar o malestar que surge de la organización (que vive) influye en los actores sociales.

Influyen en el currículo el clima organizacional y la ideología de sus actores pudiendo acordar en determinado estilo curricular o no. Si el sujeto se siente perteneciente a la institución, el clima organizacional es bueno y el sujeto, entonces, estará satisfecho." D2

"Yo me quiero jubilar, no quiero saber nada más de esta institución." D7

En este caso, se vislumbra que existen ambas posibilidades, la de no pertenencia estaría asociada con la falta de "empatía institucional"⁴ del sujeto frente a la institución y su relación laboral, ya que, por ejemplo, el mismo no se adecua a las dinámicas establecidas por la institución universitaria, la cual frente a determinadas prácticas polí-

4. El término de Empatía Institucional, en la misma subyace la existencia de una comunidad de sentimiento. De ahí que lo usamos en este contexto ampliado.

ticas se ha desviado de los propósitos fundamentales que la constituyeron. Al respecto D5 comenta:

"La profesionalización es uno de los objetivos de la institución, sino, ha perdido uno de sus sentidos si no lo logra. ...creo que se están diluyendo ciertos aspectos de la formación profesional de hecho hay propuestas y proyectos que bajan el nivel de exigencia curricular, que bajan la cantidad de tiempo dedicado a las prácticas pre-profesionales. A bajar los niveles de exigencias, a cuestionar mucho las pautas de evaluación, desde posiciones que a veces ni saben de qué se trata, que objetan, últimamente, y esto es muy... Y que los apruebe igual, que le dé más cosas y posibilidades que al resto de evaluaciones escritas, este...que no se les exija el mismo porcentaje de requisitos y exigencias como al resto de los estudiantes. A mí me parece que es generar privilegios".

Cada una de estas organizaciones, desde perspectivas y conductas diferentes, genera crisis (dialéctica) y por derivación cambios, que amenazan tanto a la institución como a los sujetos que le integran, teniendo en cuenta que se parte de un mito-creencia-ideal que permite no sólo la constitución de dichas organizaciones, sino también su identificación.

"Crisis hay todo el tiempo, algo que bulle, intenta cambiar pero no lo logra, se puede instrumentar para algo favorable o para otros intereses..." D4

Los cambios o las crisis deben ser generadores de transformaciones que eviten la muerte simbólica de las organizaciones, que desvinculen, para lo cual es necesario visibilizar el problema a partir de una lógica de producción

que favorezca la emergencia de atribuciones críticas donde antes había conductas adaptadas, las cuales coadyuvan a la recuperación de la imaginación y el pensamiento creador y, por ende, favorezcan que el vínculo instituido (Castoriadis) permanezca expresado tanto desde el deseo como desde las formas sociales que le contienen. Esta doble conjunción impone tres componentes que terminan caracterizando a este vínculo:

- **Alianza**
- **Comunidad de realización de la meta**
- **Obligación**

Lo expuesto con anterioridad se evidencia al analizar las alianzas que emergen en la propia praxis política de la institución, así como las divergencias ideológicas y políticas entre los diferentes integrantes de los consejos departamentales y el consejo académico, respectivamente, ya que una alianza entre los referidos niveles decisorios, conllevaría a cierta estabilidad en la unidad académica. Sin embargo, si la misma no existiere, produce como mínimo la intromisión en las decisiones de los consejos departamentales por parte de los miembros del grupo que ostenta la mayoría en el Consejo académico, sin que se respeten las decisiones tomadas por los consejeros departamentales, generándose fricciones que podrían llegar a una crisis organizacional. Como se evidencia en la publicación realizada por la agrupación estudiantil que es mayoría del Consejo departamental de Enfermería en el texto denominado "Visión encontrada con Consejeros Académicos":

"... luego de haber realizado una asamblea la semana anterior en donde debatimos las propuestas con los estudiantes

presentes y en conjunto asistimos al debate público del Departamento, asumimos el compromiso de hacer una nota en apoyo a la propuesta elegida por nuestro claustro y pasamos por las cursadas invitando a la sesión del Consejo académico del lunes. Sin embargo, ni la gestión docente, ni la conducción del centro de estudiantes escucharon nuestra posición y votaron en contra de los derechos estudiantiles, docentes y graduados, apoyándose, una vez más, en sus intereses personales."

Situación que reafirma E3 (voz de estudiantes independientes de las agrupaciones políticas) cuando expresa:

"...triste que censuren tu pensamiento, que la ética valga menos que un sueldo, que la coherencia espere a un lado hasta que la indiferencia le dé lugar. Lo bueno y reconfortante es saber que tu lucha se hace la lucha de miles, que en verdad representas más que organizaciones políticas, y tu discurso no es falta de coherencia por eso creo que se empezó a caer el pequeño castillo armado, somos más, hoy [pueden] arreglarse un concurso, un cargo, lo que no podés arreglar es el tener un discurso robado y vacío, así que en definitiva ganamos."

En las anteriores exposiciones, se deja en relevancia las alianzas expresadas o conjugadas en oposición de una decisión institucional contraria a los deseos del claustro estudiantil, donde la misma situación de "injusticia" provoca una alianza para el logro de una meta en común: el compromiso atendiendo a sus ideales.

Los componentes mencionados conforman la tarea primaria que hace posible y fundamenta la institución y como corolario, diferentes tipos de organización, que según Eliot Jacques pueden dividirse en:

- **Instituciones adecuadas**
- **Instituciones inadecuadas (paranoigénicas)**

Las instituciones adecuadas, se caracterizan por el hecho de que la autoridad y la responsabilidad son compartidas por el poder, las personas son adecuadas en número y formación para la tarea a través de la capacitación y poseen la capacidad para establecer relaciones de confianza que alejen la sospecha, lo cual se logra a través del vínculo que establecen los sujetos que le integran. Por su parte, las instituciones inadecuadas se caracterizan esencialmente por la disfunción que produce la regresión en los individuos y los grupos ya que la tarea suele ser agobiante e inadecuada, la dirigencia y el personal son incompetentes, existe una escasez de recursos, desacuerdos entre las decisiones tomadas y el objetivo institucional trazado, desacuerdo entre el fin declarado y el fin real, prevalece el instituido/instituyente, acontecimiento traumático que puede llevar a un funcionamiento repetitivo, donde se teme que la explicitación genere dolor en el grupo y como resultado existe una tendencia a la negatividad procedente de la población acogida y el resquebrajamiento y la ruptura del apoyo y la confianza del grupo. Por todos estos motivos aparece el sufrimiento institucional (Ulloa) y como mecanismos de defensa hay una tendencia a la agresión y la regresión. Todos y cada uno de estos aspectos constituyen obstáculos para la realización de la tarea.

Ulloa asevera que existen indicadores de sufrimiento que conllevan a formas de desligazón propia del sufrimiento institucional derivada de sus referidos mecanismos de defensa (agresión/regresión). De ahí que sea muy común encontrar en este tipo de instituciones inadecuadas diferentes indicadores tales como:

- Chivos expiatorios que no son más que la proyección hacia sujetos del interior y el exterior, cuyas conductas pueden ser percibidas como amenazantes para el resto del grupo.
- Desconocimiento defensivo del sufrimiento del otro.
- Rivalidad que produce celos, envidias, odios, ambición, que a su vez desautoriza la diferencia y ataca el pensamiento personal que se sale del común (creatividad).

A lo antes expuesto por los autores se vislumbra a través de diferentes entrevistas, situaciones y características, narradas por los docentes sobre la institución, donde quedan plasmadas distintas manifestaciones de rasgos paranoigénicos como:

"En las instituciones hay niveles de hegemonía de otras disciplinas, tanto en la unidad académica y las laborales. Otras profesiones y disciplinas tienen formado un estereotipo de nosotros (la enfermería) como abocado a lo más técnico..."
E1

"Atravesamos ya por casi quince años de trabajo y de peleas, de enfrentamientos, de problemas institucionales, con mucha tensión interna...lamentablemente se transformó en el poder de algunos, no para el bien común, sino para el bienestar de algunos pocos." D5

"La gente ya no quiere participar, esta desgastada, se ha perdido el poder de convocatoria, la mayor motivación que le quedaba que era la de pertenencia a un status universitario, con los últimos acontecimientos -hace referencia a las decisiones del Consejo Académico desoyendo la voz del Consejo Departamental-, también se ha deteriorado." D2

Las anteriores expresiones dan cuenta de signos de sufrimiento institucional y comportamientos inadecuados, de vínculos deteriorados por la confianza perdida.

Razones espaciotemporales y la propia naturaleza de este trabajo lo han delimitado al análisis del vínculo que se establece entre los sujetos a investigar (docentes, estudiantes) y la institución, más allá del lugar donde estos se paren o el rol que elijan desempeñar dentro del ámbito universitario. Sirvan entonces los testimonios anteriores para entender someramente, los modos en que interactúan sujeto / institución, pensando a esta última como sinónimo de organización fundada en valores protegidos socialmente que devienen en orden, normas habitualizadas y objetivadas en la propia práctica social, como un campo de lucha donde se pugna y se establece hegemonía, de ahí su riqueza dialéctica y su complejidad.

El currículo, un territorio en pugna o un espacio evanescente para los sujetos sociales

"... como hombre, pertenezco a la única especie viviente capaz de figurarse las representaciones del otro. Eso me obliga a partir en busca del mundo mental del otro, de sus teorías, de sus representaciones y sus emociones. De forma que estoy obligado a no vivir en un solo mundo -de otro modo, me convertiría en un dictador-, y si por desgracia me fuera concedido el poder político, podría imponer mi visión del mundo y destruiría la sociedad en nombre de una visión coherente, la mía..."
Boris Cyrulnik

El campo del currículo se ha desarrollado en tal multiplicidad de conceptos que cuando uno hace referencia a esta noción necesariamente debe precisar en qué sentido emplea el término. En principio, consideramos conveniente distinguir los términos curriculum y disciplina curricular. Al primero Bolívar lo califica como "un concepto sesgado valorativamente, lo que significa que no existe al respecto un consenso social, ya que existen opciones diferentes de lo que deba ser"⁵. De manera tal, que se hace necesario adjuntarle un adjetivo que ayude a su conceptualización; tal "polisemia", de alguna manera, permite percibir un sentido de lo curricular que excede cualquier intento de definición. Sin embargo, no diferenciar entre concepto y disciplina puede poner en entredicho el desarrollo de ésta como expresión de una teoría educativa elaborada desde las necesidades de una sociedad industrial-democrática.

La disciplina del currículo surgió a principios del siglo XX como resultado de nuevos aspectos en la dinámica social. En el ámbito educativo se establecieron las legislaciones nacionales que regulaban la educación y conformaban al sistema educativo respondiendo a los requerimientos de la sociedad industrial y pragmática. En ese contexto, el establecimiento del sistema educativo requería de una disciplina que analizara los problemas de la enseñanza desde una óptica institucional⁶.

5. Bolívar, A. (1999). *El currículum como ámbito de estudio*. En J. M. Escudero (ED.), *Diseño, desarrollo e innovación del currículum* (pp. 23-44). Madrid: Síntesis, p. 27.

6. *La selección y organización de contenidos, paulatinamente, dejó de ser un problema individual del docente, de una institución educativa particular o de una congregación religiosa para atender y responder a los problemas que afrontaba la enseñanza en el contexto del sistema escolar.*

Desde sus inicios, el ámbito curricular surgió con dos tendencias definidas y contrapuestas. Una vinculada a los procesos educativos, las experiencias escolares y el desarrollo de cada estudiante, esbozada por el filósofo y educador John Dewey, que en su obra *The child and the curriculum* (1902) propone una perspectiva centrada en el alumno y realiza importantes avances sobre el papel de la experiencia en el aprendizaje. Otra, formulada por Franklin Bobbit⁷, más cercana a las instituciones, es decir, a la necesidad de establecer una secuencia de contenidos que fundamenten la elección de los temas de enseñanza; esta última tomaría fuerza con el trabajo *Curriculum construction* (1924), de Charter. Partiendo de esta antinomia, en los Estados Unidos, a fines de los años veinte y principios de los treinta de la pasada centuria, académicos representantes de ambas posturas se reunieron para intentar elaborar un punto de acercamiento que fue expresado en la conocida *Declaración del Comité de la National Society for the Study of Education*⁸.

Al concluir la segunda guerra mundial, Tyler redacta *Principios básicos del currículo*, texto que pretende saldar las discusiones existentes en el campo y, a la vez, generaliza una visión de lo curricular equiparándolo con los planes y programas de estudio. Esta perspectiva tyleriana prevaleció por casi dos décadas, se generalizó en la década de los setenta conformando una generación de modelos

7. Nos referimos a *The curriculum publicada en 1918* y a *How to make the currículo*, editada años más tarde en 1924.

8. El comité estuvo integrado por Bagley, Bonser, Kilpatrick, Rugg, Bobbit, Charters, Counts, Judd, Coutis, Horn, Kelly y Works. Algunos de los cuales completaron la declaración con un documento propio. Cf. Kilpatrick, W., Rugg, R., Washburne, C. y Bonner, F. (1944). *El nuevo programa escolar*. Buenos Aires: Losada.

pedagógicos que influyeron en las reformas educativas de esos años en América Latina, e impactando de diversas maneras el debate pedagógico europeo.

La internacionalización de la disciplina del currículo se realizó inicialmente desde la perspectiva planes y programas, dejando de ser objeto de debate al interior de la comunidad académica de Estados Unidos, para recibir aportaciones y desarrollos de todo el mundo. De esa manera, prosperó un ámbito de debate que contemplaba las necesidades institucionales del sistema educativo como un problema del conjunto de la sociedad y no como una problemática a dilucidar por la escuela o un profesor específico. Asignándole al profesor el nuevo rol de conocer y dominar los contenidos establecidos, así como, en algunos casos, de revisar y seleccionar las actividades de enseñanza que los especialistas recomiendan.

A fines de los años sesenta, con la formulación del concepto currículo oculto, Jackson⁹ restablecía la perspectiva que hemos denominado de la experiencia, articulando una serie de aprendizajes no explícitos en un estudio, pero altamente eficaces, corolarios de la interacción escolar y áulica y, en este sentido, emanados de la experiencia.

Durante los setenta, se instituyeron planteamientos de corte sociológico, como el de Eggleston en Inglaterra y Michael Apple en los Estados Unidos¹⁰ que buscan analizar críticamente lo que sucede en la educación. Este con-

9. Véase Jackson, P.W. (1976). *La vida en las aulas*. Madrid: Morata.

10. Nos referimos a los trabajos de Eggleston y Appel recogidos en sus libros *Sociología del currículo escolar* (1977) e *Ideología y currículo* (1979), respectivamente.

junto de textos refleja el establecimiento de otra perspectiva en el campo curricular. A partir de ese momento, los investigadores continuarían profundizando y realizando elaboraciones en cada una de estas perspectivas mediante diversas formas: currículo "formal" versus "vivido", currículo "establecido" frente a "oculto", currículo "formal" versus currículo como proceso, llegando incluso a hablarse de "currículo nulo".

Habiendo realizado un breve recorrido que nos ha permitido referenciar el contexto de construcción del término currículo y, antes de cerrar este tema, quisiéramos citar a una autora contemporánea Alicia De Alba quien entiende por currículo a "la síntesis de elementos culturales (conocimientos, valores, costumbres, creencias, hábitos) que conforman una propuesta de orden político-educativa pensada e impulsada por diversos grupos y sectores sociales cuyos intereses son variados y contradictorios, en donde algunos de éstos son dominantes y otros tienden a oponerse y resistirse a tal dominación o hegemonía". Esta propuesta es político-educativa en la medida en que se encuentra estrechamente articulada a los proyectos político-sociales amplios y sostenidos por los diversos grupos que impulsan y determinan un currículo. Cabe aclarar que el carácter político del currículo no se centra en una cuestión partidista. El debate actual refiere a problemáticas tales como, el currículo como práctica social y su función en tanto transmisor y reproductor cultural, social, política e ideológica o bien desde una perspectiva no sólo de reproducción sino de resistencia y lucha social así como la producción cultural; diferenciación entre el currículo formal, el vivido y el oculto; la importancia de llevar la investigación hacia una óptica de análisis centrado en la vida cotidiana, entre otras.

Dicha propuesta se encuentra conformada por aspectos estructurales-formales y procesales-prácticos, así como también por dimensiones generales y particulares que interactúan en el devenir de los currículos en las instituciones educativas y sociales, entendiendo por "Dimensión -en términos generales- la demarcación de los aspectos esenciales y de los límites de un proceso, hecho o fenómeno", (De Alba-Viesca: 1988; 10).

Si bien ha servido como clivaje el concepto de Currículo de De Alba, entendemos al mismo como:

Un territorio de significaciones donde se establece y plasma lo generado en un proceso dinámico, continuo y recurrente, que implica a una entramada red de interrelaciones (intersubjetividades) que lo van configurando mediante resultados parciales y casi finales, construcciones-deconstrucciones, producto y proceso de esas interacciones grupales-contextuales en desarrollo; tan irregulares, móviles y en transformación como procesos cognitivos haya involucrados, productos estos individuales, puestos en conjunción dialógica que cuando armonizan efectúan un salto cualitativo al mismo instante que fluye su creación. Por lo tanto en permanente dinámica, con periodos que fluctúan entre mayor o menor estabilidad, en un campo de fuerzas de poder, atravesado por lo institucional.

Luego de esta serie de conceptualizaciones y posicionamiento respecto al currículo, quisiéramos abordar el plan de formación del licenciado en enfermería, como producto objetivo del currículo y su contexto de producción e intentar observar los obstáculos establecidos para un cambio de paradigma de la enfermería hacia un pensamiento más crítico e integrador, rompiendo con el paradigma positivista.

Por lo antes expuesto y, si bien somos conscientes de que existen varios siglos y numerosos teóricos sobre el término paradigma desde Platón a la fecha, cuestiones espacio-temporales nos constriñen a partir del concepto kuhniano del mismo. Entendido como: "...realizaciones científicas universalmente reconocidas que durante cierto tiempo proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica"¹¹.

El anterior concepto nos habilita a abordar críticamente los paradigmas de Enfermería. En este sentido, al estudiar y discernir sobre los mismos, nos encontramos con la posibilidad de abordarlos desde la reconstrucción histórica en la que se asume la influencia de las distintas corrientes paradigmáticas de las ciencias y hegemonías del contexto¹², basadas en el poder ejercido en los espacios político y social, desde la acepción general del término o, de evaluar las producciones teóricas y a partir de allí identificar las posibles categorías e influencias, aquí si desde la visión Kuhniana.

En tal sentido, si nos centramos en el estudio de la historia de la Enfermería, se puede hacer una reconstrucción inductiva de la identidad enfermera, ya que el "yo" profesional y su colectivo, están implicados no sólo en un diálogo entre sí, sino con el mencionado entramado histórico. Diálogo que somete a la identidad, en el sentido de resultado o proceso constructivo, a una dinámica que la configura cambiante y más o menos permeable, y que matiza sus características a lo largo del tiempo en el

11. Kuhn, Thomas S. *La estructura de las revoluciones científicas*. Madrid: FCE, 1976.

12. Nos referimos a los conceptos de Imre Lakatos, Alan Musgrave, Stephen Toulmin y Karl Popper, entre otros.

cual transita, distinta y diferentes épocas. En este proceso, tanto las personas como el colectivo profesional, conforman, construyen y significan la propia naturaleza de la profesión, recogiendo la herencia de la historia y manifestando su adhesión paradigmática.

Sin embargo, no es sino a partir del desarrollo teórico impulsado en la década del 50 del pasado siglo, que se puede entender al paradigma desde el concepto que Kuhn establece. Según Kerouac (1996), nos encontramos con tres divisiones paradigmáticas a partir del desarrollo de la Ciencia enfermera, Paradigmas de: la categorización - con sus dos divisiones centradas en la enfermedad-, la integración y la transformación. Para otros autores como Newman y Fawcett, coinciden en que se pueden agrupar en los siguientes tres paradigmas: visión particular-determinística, visión integrativa-interactiva o de reciprocidad y visión unitaria-transformativa o de simultaneidad¹³.

Al confrontar los planes de formación no es fácil identificar el o los paradigmas enfermeros explícitos en el mismo y la formación de pensamiento crítico, estos quedan más a cargo de los docentes y lo que se deriva de su Plan de trabajo, como refieren:

"...el plan de estudios, solo tiene los contenidos mínimos,... solo una secuencia de asignaturas,...no se vislumbra ni estrategias ni paradigmas...como que eso queda para las asignaturas y con el paradigma de cada docente..." D1

13. Durán de Villalobos. M. M. *Marco epistemológico de la enfermería*. Aquichan, 2002.

"...el currículum explícito no contribuye al desarrollo del pensamiento crítico, tal vez sí, los docentes aportemos desde el currículum oculto..." D3

En tal sentido, aunque consideran que debería ser una responsabilidad institucional y ser parte del proceso de profesionalización, con lo expuesto se reafirma más la función del deber ser, que la del ser, o sea debería ser pero no es. Si recordamos las entrevistas expuestas en el abordaje institucional, también ha quedado manifiesta la influencia de la organización sobre la construcción curricular, asimilada como el contexto donde se va a producir el mismo, por ende el clima organizacional (Facultad) y su dinámica van a influir en esta construcción (D2), ya que este es un espacio cultural y político "...porque los actores sociales compartimos este espacio...el bienestar o malestar, que surge de la organización, influye en los actores sociales" validando lo expuesto por Magendzo (1986), quien expone que el currículo "es un proceso de selección cultural de los contenidos y objetivos, no es obra del azar, ni una actividad inocente, sino que está influenciado por las perspectivas y valores de quienes realizan este proceso". Kemmis (1988), cuando expone su conceptualización sobre currículo dice que: "es un concepto que se refiere a una realidad que expresa, por un lado el problema de las relaciones entre la teoría y la práctica, y por otro, las relaciones entre la escuela y la sociedad". Desde este concepto podríamos derivar dos grandes corrientes que influyen sobre el mismo, la hegemónica que atraviesa tanto al sistema educativo como al sistema de salud, y la línea contra hegemónica de la disciplina. Entrecruzadas ambas en los diferentes sujetos sociales de la comunidad universitaria y sus distintos niveles de influencia en las representaciones sociales. Todos estos confluyen en

el espacio de construcción curricular. Algunas narrativas donde se puede observar el componente hegemónico del currículo son:

"Faltarían contenidos de las ciencias sociales y filosofía en los primeros años...se genera un encorsetamiento, cuello de botella en Enfermería Básica, conocimiento que no está atravesado por estas ciencias...generar liderazgo ideología, pensadores sociales." E1

"Lo que está faltando en el contenido del currículum, es desarrollar a la enfermería a partir del propio pensamiento enfermero porque se sigue desarrollando por medio del modelo biomédico, así es que las teorías de enfermería ocupan unas pocas horas en el plan de estudios y en cualquiera de las asignaturas." D7

"...lo que pasa es que son compartimentos muy estancos que no se llegan a unir unos con otros..." E2

"De primero a tercer año te hace ser biologicista, de modo estancado, no así en cuarto y quinto que llegas a tener más autonomía en la profesión." E3

"Yo creo que al plan de estudios de los tres primeros años le falta una pata, la pata humanística, que hace a la sociedad, que hace al ser del cuidado, que hace al objeto de estudio... hay asignaturas de componente antagónico con la visión holística del cuidado." E4

Si bien la mayoría expone el componente biologicista del currículo, reflejado en el pensamiento hegemónico, que mencionamos atraviesa varias organizaciones, la crítica al respecto, podría constituir la corriente contra hegemónica. Para poder comprender estos conceptos vamos

a abordar la línea de trabajo más conocida de Althusser que tiene que ver con sus estudios de la Ideología y los Aparatos ideológicos de Estado (AIE). Este ensayo –del autor mencionado– establece el concepto de ideología y lo relaciona con el concepto gramsciano de hegemonía¹⁴. Althusser considera como aparatos de estado a los elementos reguladores y represores de una sociedad creados en dos niveles, el primero contiene a las instituciones gubernamentales como el gobierno, el sistema de administración y recaudación con sus respectivas formas de sancionar, y el segundo plano relativo a las funciones formativas: religión, educación formal, la familia, los gremios, entre otros, dentro de los cuales estaría la educación superior a través de sus planes de estudio.

La reproducción de la calificación de la fuerza de trabajo se asegura en y bajo las formas de sometimiento ideológico, con lo que reconocemos la presencia eficaz de una nueva realidad: la ideología. Este sometimiento ideológico es el reflejado como hegemónico en el plan de estudios mencionado.

14. Si bien la hegemonía en Gramsci está en última instancia determinada por fuerzas políticas, el concepto althusseriano de ideología se apoya en los trabajos de Sigmund Freud y Jacques Lacan sobre lo imaginario y la fase del espejo, y describe las estructuras y los sistemas que nos permiten tener un concepto significativo del yo (moi en Lacan). Estas estructuras, según Althusser, son agentes represivos inevitables (y necesarios). Es bajo la influencia de Lacan que define la ideología como la representación de una relación imaginaria con las condiciones reales de existencia.

La escuela (y la pareja escuela-familia, entre otras instituciones) constituye el Aparato Ideológico del Estado¹⁵, aparato que desempeña un rol determinante en la reproducción de las relaciones de producción de un modo de producción determinado.

Como hemos expresado con anterioridad, del pensamiento gramsciano tomaremos el concepto de hegemonía y bloque hegemónico, y por derivación el énfasis que puso en el estudio de los aspectos culturales de la sociedad (la llamada "superestructura", en la metáfora de Marx) como elemento desde el cual se podía realizar una acción política y como una de las formas de crear y reproducir la hegemonía.

La supremacía de un grupo social se manifiesta en dos modos, como dominio y como dirección intelectual y moral.

Para este autor la hegemonía es el ejercicio de las funciones de dirección intelectual y moral unida a aquella del dominio del poder político. El problema para este autor está en comprender cómo puede una clase dominada, subalterna, volverse clase dirigente y ejercitar el poder político, o convertirse en una clase hegemónica. La crisis de la hegemonía se manifiesta cuando, aun manteniendo el propio dominio, las clases sociales políticamente dominantes dejan de ser dirigentes de todas las clases sociales, es decir no logran resolver los problemas de toda la colectividad e imponer a toda la sociedad la propia compleja

15. Son cierto número de realidades que se presentan bajo la forma de instituciones distintas y especializadas: AIE religioso, AIE escolar, AIE familiar, AIE jurídico, AIE político, AIE sindical, AIE de información y AIE cultural.

concepción del mundo. La clase social subalterna, si logra aportar soluciones concretas a los problemas irresolutos, se convierte en la clase dirigente.

La lucha por la hegemonía exige del contacto entre aquellos hombres que cumplen la función social de intelectuales y aquellos que no, para "construir un bloque intelectual y moral que haga políticamente posible un progreso intelectual de masa y no sólo de escasos grupos intelectuales."

La real comprensión crítica de sí mismo ocurre "a través de una lucha de hegemonías políticas, de direcciones contrastantes, primero en el campo de la ética, luego de la política para llegar a una elaboración superior de la propia concepción real". La conciencia política, es decir el ser parte de una determinante fuerza hegemónica, "es la primera fase para una ulterior y progresiva autoconciencia donde teoría y práctica finalmente se unen".

Pero autoconciencia crítica significa creación de una elite de intelectuales, porque para distinguirse y hacerse independientes se necesita organización, y no existe tal sin intelectuales, "un estado de personas especializadas en la elaboración conceptual y filosófica".

Para Gramsci, todos los hombres son intelectuales, considerando que no hay actividad humana la cual se pueda excluir de toda intervención intelectual, pero no todos los hombres tienen en la sociedad la función de intelectuales. El grupo social emergente, que lucha por conquistar la hegemonía política, tiende a conquistar la propia ideología intelectual tradicional mientras, al mismo tiempo, forma sus propios intelectuales orgánicos¹⁶.

16. *Estudiando extensamente el papel de los intelectuales en la sociedad, afirmó por un lado que todos los hombres son intelectuales, en tanto que todos tenemos facultades intelectuales y racionales, pero al mismo tiempo consideraba que no todos los hombres juegan socialmente el papel de intelectuales. También distinguía entre la inteligencia tradicional, que se ve a sí misma (erróneamente) como una clase aparte de la sociedad, y los grupos de pensadores que cada clase social produce 'orgánicamente' de sus propias filas. Dichos intelectuales "orgánicos" no se limitan a describir la vida social de acuerdo a reglas científicas, sino más bien "expresan", mediante el lenguaje de la cultura, las experiencias y el sentir que las masas no pueden articular por sí mismas.*

Reflexiones finales

El fenómeno institucional media entre la realidad socio-cultural y el ámbito organizacional, de manera tal que comprender su estructura y su dinámica favorece la elucidación de los conflictos operantes en los grupos posibilitando una intervención adecuada y pertinente en la práctica profesional en pos de la mejora de la calidad en la formación profesional. Desde esta perspectiva, podría percibirse la manera en que una evaluación de lo institucional puede impactar en algunos actores dentro del espacio organizacional y el modo en que una evaluación de perspectiva crítica [desocultaría] la tensión entre lo instituido y lo instituyente (Castoriadis)¹⁷, favoreciendo a largo plazo el mejoramiento de la calidad y de la salud institucional.

Respecto al espacio organizacional dependiente de los sistemas de salud donde se desempeñan los enfermeros, se observa una tendencia a reproducir, inconscientemente, el orden establecido, es la mera reproducción de la ideología imperante en estos sistemas. Lo antedicho se corrobora en estudios realizados sobre el paradigma idealizado de graduados universitarios de enfermería, quienes expresaban su adhesión a proposiciones pertenecientes mayoritariamente al paradigma de la Integración y que sin embargo, al preguntarles sus actividades

17. Según Cornelius Castoriadis, lo instituido consiste en todas las reglas, normas, costumbres, tradiciones, entre otras, que el individuo encuentra en la sociedad, mientras que lo instituyente se presenta como algo exterior al hombre, necesita su poder instituyente ya que por otro lado, las instituciones las funda, las mantiene gracias a un consenso que no es únicamente pasivo frente a lo instituido.

en el contexto hospitalario, su ejercicio estaba basado en el paradigma de la categorización, sino al técnico. Tanto en el proceder de clase como en la sumisión del sujeto, se logra la cristalización de los comportamientos sociales impuestos por el poder de la hegemonía. La enfermera, mujer cuidadora de la vida y la salud humana, pierde ese perfil identitario en el que gana autonomía, calidad, humanismo, calidez, para convertirse en una hacedora de procedimientos médicos.

En el caso de la enfermería nos encontramos con una antiquísima práctica-profesión y una insipiente configuración disciplinar. Pese a todos los adelantos teóricos, la ciencia enfermera y la práctica están distantes, incluso a sabiendas del detrimento de la profesión sin desarrollo disciplinar; la identidad profesional y la disciplinar no siempre caminan juntas. Dada esta distancia es posible que no coincidan totalmente ni con los elementos ni con los rasgos identitarios. A mayor discrepancias y contradicciones haya entre ambas, mayor serán las tensiones y la crisis de identidad. Estas crisis se ven reflejadas tanto en el campo académico como en el laboral.

Como mencionan Camacho Franco y Rodríguez Jiménez en su trabajo sobre la formación del profesional de enfermería, en el que resaltan "en la actualidad, los modelos de enseñanza que predominan en las instituciones educativas, se encuentran en una discrepancia entre el discurso en las aulas, los planes de estudio y la realidad de la práctica clínica..." la contradicción manifiesta en dichos planes de estudios se encuentra en el ideal discursivo que plantea un perfil del egresado que logre criticidad, reflexión, humanismo, comprensión y transformación, mientras que en la realidad se exige buen comportamien-

to, obediencia, se evitan las contradicciones, procesos enfermeros conductistas, práctica fracturada, simplista, reduccionista con lógica positivista, asumiendo al profesional como fuerza de trabajo.

Creemos relevante la función del currículo en relación a las transformaciones necesarias para afrontar los cambios paradigmáticos con la finalidad de formar profesionales que tengan la capacidad de discernir con criticidad y coherencia sobre sus campos de desarrollo profesional para trabajar sobre la transformación del modelo hegemónico, en un modelo plural e integrado.

Pese al rol central del currículo en función al cambio de perfil del estudiante y a la constitución de espacios de territorialidad y poder, no podemos dejar de observar que las dos perspectivas del campo curricular continúan en tensión, lo oculto y lo explícito. Decididamente, los especialistas son conscientes de que los contenidos que se instituyen en un plan de estudios no necesariamente se llevarán a cabo al pie de la letra en un escenario educativo. También hay conciencia de que las instituciones y la educación actual reclaman una orientación integral, perspicaz, transformadora y reflexiva que se plasme en un plan de estudios. Mientras que, por otro lado, las perspectivas del currículo como proceso, como lo vivido o como lo oculto han abierto la posibilidad de múltiples y distintos desarrollos conceptuales.

Por último, queremos aclarar que entre los muchos referentes conceptuales que hemos consultado, elegimos como punto de partida la concepción de De Alba sobre currículo, entendida ésta como la "síntesis de elementos culturales (conocimientos, valores, costumbres, creencias,

hábitos) que conforman una propuesta de orden político-educativa pensada e impulsada por diversos grupos y sectores sociales cuyos intereses son variados y contradictorios, en donde algunos de éstos son dominantes y otros tienden a oponerse y resistirse a tal dominación o hegemonía". Parafraseando a esta autora, consideramos que el currículo en la medida en que se encuentra estrechamente articulada a los proyectos político-sociales amplios sostenidos por los diversos grupos que impulsa y determinan un currículo¹⁸.

18. Cabe aclarar que el carácter político del currículo no se centra en una cuestión partidista. El debate actual refiere al currículo como práctica social y su función como transmisor/reproductor cultural, social, política e ideológica, o bien desde una perspectiva no sólo de reproducción sino de resistencia y lucha social.

Bibliografía

- AA.VV *Las antinomias de Antonio Gramsci Estado y revolución en Occidente*. Barcelona: Editorial Fontamara, 1981.
- Althusser, Louis. *Ideología y aparatos ideológicos del Estado*. Freud y Lacan, Nueva Visión, Buenos Aires, 1988.
- Aulagnier, Piera *La violencia de la interpretación*. México: ED. Amorrortu, 1990.
- Berger, P. y Luckman T. *La construcción social de la realidad*. Bs. As.: Amorrortu, 1993.
- Beyer, L. y Liston, D. *El currículo en conflicto*. Madrid: Akal, 2001.
- Bobbit, F. *How to make a curriculum*. Boston, MA: Houghton Mifflin, 1924.
- Bobbit, F. (1941). *The curriculum of modern education*. Nueva York: McGraw Hill.
- Bolívar, A. (1999). *El currículum como ámbito de estudio*. En J. M. Escudero (Ed.), *Diseño, desarrollo e innovación del currículum* (pp. 23-44). Madrid: Síntesis.
- Bourdieu y Passeron *La reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza*. ED. Laia, Barcelona, 1972.
- Bourdieu, Pierre *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Anagrama; Barcelona, 1997.
- Camilloni, Alicia R. W. "Modalidades y proyectos de cambio curricular." *Aportes para el cambio curricular en Argentina 2001*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires. Facultad de Medicina. OPS/OMS, 2001.
- Castoriadis, Cornelius *La Institución Imaginaria de la Sociedad*. Madrid: ED. Tusquets, 1975.
- Charters, W. *Curriculum construction*. Nueva York: Macmillan, 1924.
- Dejours, Christophe *Trabajo y desgaste mental. Una contribución a la Sicipatología del Trabajo*. Buenos Aires: Editorial HVMANITAS, 1990.
- De Alba, A. *El currículum universitario de cara al nuevo milenio*. México: Plaza y Valdés editores, 1997.
- Díaz Barriga, Ángel *El examen: textos para su historia y debate*. México: UNAM, 1993.
- "Currículum. Tensiones conceptuales y prácticas." *Revista Electrónica de Investigación y Educativa*. Vol. 5, No. 2, 2003. Centro de Estudios sobre la Universidad. Universidad Nacional Autónoma de México.
- 1997). *Ensayos sobre la problemática curricular*. México: Trilla.
- Donahue, M. P. *Historia de la enfermería*. Madrid: Doyma, 1985.
- Durán de Villalobos M. M. *Teoría de enfermería ¿un camino de herradura?* Aquichan 20077161-173. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74107207>. Fecha de consulta: 2 de diciembre de 2015.
- Duran de Villalobos M. M. *La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal*. Aquichan VL51S-1SN-1657-5997 UR. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74150109ER>.
- Durán de Villalobos M. M. *Marco epistemológico de la enfermería*. Aquichan 200227-18. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74120203>, 2002. Fecha de consulta: 2 de diciembre de 2015.
- Eggleston, J. *Sociología del currículo escolar*. Buenos Aires: Troquel, 1980.
- Enriquez, Eugène *La institución y las organizaciones en la educación y la formación*. Buenos Aires: Facultad de Filosofía y Letras. UBA. Editorial Novedades Educativas, 2002.
- Fernández, L. *Instituciones educativas. Dinámicas institucionales en situaciones críticas*. Buenos Aires: Paidós, 1994.
- Foucault, Michel *Vigilar y castigar*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2012.
- Gutiérrez, Alicia Pierre *Bourdieu: las prácticas sociales*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina, 1994.
- Jackson, P.W. (1976) [1968]. *La vida en las aulas*. Madrid: Morata, 1976.
- Jacques, E. "Los sistemas sociales como defensa contra las ansiedades persecutoria y depresiva." *En Nuevas direcciones en psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós, 1965.
- Kuhn, Thomas S. *La estructura de las revoluciones científicas*. Madrid: FCE, 1976.
- Najera, R. M. *Tendencias y proyección del ejercicio profesional*. En: *Revista Ciencia y Cuidado* ISSN 1794-9831, vol 7, num. 1, 2010, p. 80/89. España.
- Schütz, Alfred; Luckmann, Thomas *La estructura del mundo de la vida*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1977.
- Perkins, D. *La escuela inteligente*. Barcelona, Gedisa, 1997.
- Taba, H. (1974). *Elaboración del currículo*. Buenos Aires: Troquel.
- Ulloa, F. "Psicología de las instituciones." *Revista de A.A.P.A.* Buenos Aires, 1969.
- Ulloa, F. *Novela Clínica Psicoanalítica – Historial de una práctica*. Buenos Aires: Paidós, 1995.
- Weber, Max (1978) *Ensayos de metodología sociológica*. Buenos Aires: Amorrortu. Editores.

LA SIMULACIÓN CLÍNICA COMO ESTRATEGIA EDUCATIVA

Autor:

Mg. Latugaye, Dolores

Mg. en Gestión educativa. Lic. en Enfermería

Directora de la Escuela de Enfermería de la Universidad Austral.

Contacto:

dlatugaye@austral.edu.ar

Introducción

La salud es un derecho universal que requiere de recursos humanos competentes. En un sistema de salud cada vez más complejo y dinámico, es necesario garantizar una atención segura y de calidad para las personas. La directora de la OMS, Dra. Margaret Chan (2011) afirma que los profesionales de la salud se enfrentan diariamente al enorme desafío de un entorno sanitario hostil y demandante, en el que lamentablemente ocurren eventos adversos o daños involuntarios en el paciente como consecuencia de errores en el desempeño de los profesionales. Frecuentemente se presentan situaciones de difícil abordaje que requieren profesionales con una gran capacidad de resolución de problemas y de toma de decisiones de forma inmediata. Se precisa, en definitiva, profesionales eficientes, reflexivos y capaces de brindar la atención correcta en el momento adecuado. Los profesionales de enfermería integran la fuerza de trabajo de mayor proporción del sector sanitario, por lo que su formación es un elemento crucial en la búsqueda de una atención sanitaria de calidad.

Por otra parte, las cifras presentadas por el Instituto de Medicina de los EE.UU. en el año 2000 sobre la mortalidad de pacientes asociados a errores médicos entendidos como errores vinculados al cuidado de la salud (Kohn, Corrigan y Donaldson, 2000) han originado la necesidad de mejorar la educación y capacitación de los profesionales sanitarios.

Palabras claves:

simulación-estrategia educativa-seguridad

Actualmente existen numerosas estrategias educativas capaces de favorecer la adquisición de las competencias profesionales específicas y la formación continua de los recursos humanos en salud en general y de los profesionales de enfermería en particular, entre las que se encuentra la simulación clínica. Definida como una estrategia capaz de replicar una situación clínica sin poner en riesgo la salud o la vida del paciente, se presenta como una estrategia adecuada para el formación básica, entrenamiento y la capacitación continua de los futuros profesionales de la salud con el fin de favorecer una práctica profesional más segura. Utilizada en otras áreas del saber con muy buenos resultados, la simulación se presenta como una gran oportunidad educativa en el área de la salud en el marco del paradigma global de la seguridad del paciente.

Al mismo tiempo, los cambios de paradigma educativo que ubican al estudiante en el centro del proceso de enseñanza-aprendizaje exigen a las instituciones formadoras nuevas estrategias capaces de responder a estas demandas globales. En este sentido, la simulación definida por Pamela Jeffries (2007), líder en la investigación de la simulación en enfermería, como "un intento de imitar aspectos esenciales de una situación clínica, con el objetivo de comprender y manejar mejor la situación cuando ocurre en la práctica clínica" (en Durá Ros, 2013: 64), se presenta como una estrategia de enseñanza profundamente importante para alcanzar los objetivos de enseñanza que el ámbito educativo promueve y el sistema de salud actual requiere.

Simulación

La simulación, entendida como la "acción de simular, es decir de representar algo fingiendo o imitando lo que no es" (RAE, 2014), ha sido utilizada en diferentes contextos y con propósitos variados a lo largo de los años. Mientras que en el teatro se busca la diversión y el entretenimiento de los espectadores, en áreas como la ingeniería aeronáutica, ingeniería nuclear y las ciencias de la salud, su utilización tiene como objetivo la formación, la capacitación, el entrenamiento y la prevención de errores críticos.

El uso de la simulación con fines educativos se remonta a 1920. En la industria aeronáutica, el primer simulador de vuelo fue desarrollado por Edwin A. Link en 1929 y se denominó "Link trainer" (Guerra, 2013; Durá Ros, 2013). Pero es recién luego de la Segunda Guerra Mundial cuando se incrementa la utilización de la simulación en el área de la ingeniería aeronáutica debido a los numerosos accidentes por causas humanas registrados entre 1940 y 1990. Los porcentajes de los accidentes se lograron reducir de 65-70% a 30% en los años 90. Esta importante y notoria disminución se atribuyó a la incorporación de los simuladores de vuelo para el entrenamiento de los pilotos en la toma de decisiones y la resolución de posibles complicaciones en la década de los años 80 (Rubio-Martínez, 2012). Así, la simulación es utilizada hasta hoy para el entrenamiento de pilotaje y para la capacitación de los profesionales en el manejo de nuevos modelos de aviones (Palés Argullós y Gomar Sancho, 2010).



"Link Trainer" (1929)

Por otra parte, en el ámbito de la ingeniería nuclear, la simulación se utiliza para el conocimiento de reactores y sus riesgos potenciales, así como también para el ensayo del comportamiento a seguir en caso de una crisis nuclear.

La simulación en el área de las Ciencias de la Salud, denominada "simulación médica o clínica", es entendida como el proceso que permite reproducir o representar el entorno clínico, en forma parcial o total, con el objetivo de capacitar, entrenar o evaluar a las personas ya sea de forma individual o grupal (Durá Ros, 2013; Rubio-Martínez, 2012). Decker (2012) señala que la simulación consiste en el desarrollo de situaciones similares a las de la vida real a través de diferentes recursos materiales que brindan a quien participa, ya sea estudiante o profesional, la posibilidad de aprender habilidades específicas y/o competencias técnicas, procedimentales y profesionales

como el trabajo en equipo, la capacidad de comunicación y argumentación, la toma de decisiones y el pensamiento crítico. Por su parte, Gaba (2004) considera que la simulación es una técnica que permite ampliar las experiencias que tienen los profesionales con los pacientes reales mediante experiencias guiadas artificialmente que reproducen aspectos sustanciales del mundo real.

En definitiva, el uso de la simulación con fines educativos en las diferentes áreas del saber, permite la formación, el entrenamiento y la capacitación en seguridad y en la prevención de errores críticos. Lo que se pretende es que el estudiante y/o profesional "practique" en un entorno seguro para sí mismo y para quienes se ven afectados directamente por su desempeño profesional.

Sin duda, resulta lógico que un piloto tenga las competencias profesionales necesarias para poder ejercer su profesión por el riesgo que esto supone, pero parecería que no es totalmente necesario que esto suceda en el ámbito de la salud. Sería bueno que reflexionemos los motivos de esta errada afirmación. Sin duda, todos los profesionales de la salud tienen la misma necesidad de formación, entrenamiento y capacitación continua que otros profesionales cuyo trabajo supone un riesgo para la vida de las personas. Así, la simulación clínica resulta una estrategia educativa idónea para que los profesionales de la salud sean capaces de brindar una atención segura y de calidad, disminuyendo al máximo las posibilidades de cualquier evento adverso.

Evolución de la simulación clínica

La simulación clínica utilizada como estrategia de capacitación y entrenamiento de los profesionales de la salud no es nueva. Nace a comienzos del siglo XX, pero en los últimos veinte años ha cobrado un papel preponderante en la formación básica y continua de estos profesionales como respuesta a la necesidad de disminuir los eventos adversos y los accidentes asociados a la atención de los pacientes.

Así, a lo largo de los años se han utilizado diferentes recursos materiales que han evolucionado progresivamente (Rubio-Martínez, 2012). A principios de los años 60 un creador de muñecos de plástico de origen noruego, Asmund Laerdal, diseñó el primer simulador denominado "Resusci-Anne" para la práctica de la respiración boca a boca y las compresiones torácicas, que permitió el entrenamiento de las maniobras básicas de la reanimación cardiopulmonar o RCP (Rubio-Martínez, 2012). Este simulador ha sido el primero de numerosos maniqués y materiales cada vez más sofisticados de la empresa Laerdal para la simulación clínica que se utilizan en la actualidad.

También alrededor de los años 60, la anestesiología aparece como pionera en el ámbito de la salud en el desarrollo de maniqués. El primer maniqué para el entrenamiento de reanimación cardiopulmonar controlado por una computadora y con ruidos respiratorios y cardíacos llamado "Sim One", fue elaborado en la Universidad del Sur de California por el ingeniero Dr. Stephen Abrahamson y el

Dr. Judson Denson. Este maniqué había sido desarrollado con el propósito de facilitar el entrenamiento de residentes en el proceso de inducción anestésica pero debido a diferentes motivos, nunca llegó a comercializarse (Rubio Martínez, 2012).





En el año 1968, aparece "Harvey", un simulador que no sólo tenía ruidos cardíacos normales y patológicos, sino que también permitía el control de la tensión arterial por el método auscultatorio. Recién en el año 1987, se comercializa el primer maniquí denominado C.A.S.E. (*Comprehensive Anesthesia Simulation Environment*) desarrollado por el Dr. Gaba junto a sus colegas de la Universidad de Stanford. Este nuevo modelo de maniquí replicaba las características anatómicas y los procesos fisiológicos de una persona, por lo que permitía el estudio y manejo del comportamiento humano durante la anestesia. A partir de la utilización de este maniquí se origina el concepto de "anesthesia crisis resource management (ACRM)" o manejo de recursos en crisis anestésicas, tomado del ámbito de la aviación, que permite el entrenamiento de los profesionales en la toma de decisiones en situaciones de crisis, en este caso en el ámbito de la anestesiología (Rubio-Martínez, 2012). Recién alrededor de los años 90 surgen los

maniqués de origen europeo; también en el campo de la anestesiología (Palés Argullós y Gomar Sancho, 2010).

Así, la simulación se ha convertido en una estrategia educativa de uso cada vez más frecuente en la formación de los profesionales de la salud en diferentes partes del mundo.

En lo que se refiere a nuestro país, ha crecido en los últimos años el número de universidades que cuentan con recursos de simulación. Actualmente conviven en el mercado diferentes tipos de recursos que permiten implementar la simulación. El Dr. Amitai Ziv, líder mundial en este ámbito, los agrupa en 5 categorías:

1. Simuladores de partes o "part task trainers":

son modelos que representan alguna parte del organismo por lo que permiten el aprendizaje y entrenamiento de habilidades psicomotoras básicas y procedimientos de baja complejidad. Ejemplo de este tipo de simuladores son: una cabeza para la intubación orotraqueal, una pelvis para la colocación de una sonda vesical o un brazo para la extracción de sangre venosa o arterial (Durá Ros, 2013; Corvetto et al., 2013; Maran y Glavin, 2003).

2. Pacientes simulados o estandarizados:

son actores que representan a un paciente, por lo que permiten el entrenamiento en habilidades como anamnesis, comunicación y examen físico (Nehring, 2010). Se utilizan hace muchos años en el campo de las ciencias de la salud, fundamentalmente en la formación básica, ya que pueden replicar adecuadamente la situación de un paciente (Palés Argullós y Gomar Sancho, 2010).

3. Simuladores virtuales:

Son programas informáticos que presentan diferentes situaciones habitualmente relacionadas con la fisiología o con la farmacología, con el objetivo de favorecer el entrenamiento en la toma de decisiones (Maran y Glavin, 2003; Palés Argullós y Gomar Sancho, 2010). Estos programas informáticos también son conocidos como "computer assisted instruction".

4. Simuladores de tareas complejas:

Son modelos electrónicos, informáticos y mecánicos con un gran realismo que mediante una realidad tridimensional permiten el aprendizaje y entrenamiento de habilidades complejas. Son utilizados principalmente en el área de cirugía laparoscópica y endoscopia (Maran y Glavin, 2003). Habitualmente son modelos que ofrecen una realidad virtual y un sistema háptico. Este sistema es capaz de detectar con precisión la presión que se ejerce en cada maniobra (Durá Ros, 2013), como por ejemplo en la simulación táctil.

5. Simuladores de pacientes completos:

Son modelos de tamaño real, que mediante el uso de tecnología replican la anatomía y los procesos fisiológicos de la persona. Pueden reproducir una situación clínica compleja de tal forma de facilitar el aprendizaje de su manejo y el entrenamiento en el trabajo en equipo. Por su realismo o similitud con la persona real, permiten que los profesionales se comporten como lo harían en el ámbito clínico verdadero (Maran y Glavin, 2003; Palés Argullós y Gomar Sancho, 2010).

Sin embargo, la evidencia señala que contar con estos recursos no garantiza que los estudiantes se beneficien totalmente de su utilización, dado que el modo en el que la simulación se implementa en la enseñanza universitaria parece ser decisivo en el tipo de aprendizajes que se logra (Cioffi, 2001)

En la medida en que es entendida por Bradley (2006) como una técnica que imita una situación o un proceso a través de una situación o proceso análogo adecuado, el entorno y los recursos del mismo no pueden ser considerados aspectos menores. Así, la "ambientación" del entorno para que el ámbito en el que se desarrolla la simulación reproduzca el ámbito clínico hospitalario resulta un aspecto importante. Esto supone por ejemplo, contar con equipos específicos y material descartable de uso habitual en el área que se quiera representar. Es decir que si se pretende desarrollar una situación de emergencia en un quirófano, es necesario contar con una lámpara sialítica, una mesa de cirugía, un monitor multi paramétrico, un respirador, campos estériles, material quirúrgico específico, etc. De lo contrario, se podrá tener un maniquí de gran realismo pero que no logra "situar" al profesional en dicho ámbito y por lo tanto, reduce el impacto educativo de la estrategia. Más aún, la evidencia señala que para la implementación de la simulación resulta importante velar por el realismo no solo visual sino también auditivo y táctil; de tal modo que los distintos estímulos contribuyan a una mayor semejanza de la "situación representada" con lo que podría suceder en la vida real.

Tal es la importancia de la "ambientación" del entorno, que en algunos lugares se desarrolla lo que se denomina como "simulación in situ". Este tipo de simulación es

aquella que se desarrolla en los mismos espacios y/o salas del hospital y no en un espacio recreado artificialmente, lo que garantiza el realismo total de la simulación.

Por otro lado, el grado de realismo o semejanza con la realidad que puede tener un modelo o experiencia educativa mediante la simulación colabora con lo que se conoce como "fidelidad" (Dávila-Cervantes, 2014; Corvetto et al., 2013). De aquí se desprenden los conceptos de baja, mediana y alta fidelidad en simulación.

La **simulación de baja fidelidad** es aquella que se implementa con simuladores de partes principalmente y permite la adquisición de habilidades psicomotoras básicas. Por ejemplo, una simulación de este tipo puede tener como objetivo la adquisición de la habilidad para realizar una venopunción sin errores. Para ello sólo es necesario contar con los elementos específicos para este procedimiento y un brazo de punción venosa.

La **simulación de mediana fidelidad** combina "task trainers" o simuladores de partes con dispositivos informáticos o actores y permite la adquisición de competencias básicas. En este caso, por ejemplo se puede trabajar con actrices que simulen ser una mujer embarazada y un simulador de pelvis. Así, el profesional puede "practicar" la atención de un parto eutócico.

Por último, la **simulación de alta fidelidad** utiliza maniqués sofisticados y de gran realismo que permiten trabajar con situaciones específicas y/o de mayor complejidad, por lo que favorecen el entrenamiento de competencias complejas y el manejo de situaciones críticas (Dávila-Cervantes, 2014; Corvetto et al., 2013). Por ejemplo, se podría

replicar en el simulador una situación de arritmia que requiera una desfibrilación para entrenar al profesional en los siguientes aspectos: la toma de decisiones vinculada al tratamiento específico, la comunicación efectiva, el liderazgo que asume dentro del equipo de salud, etc.

Debido a que la simulación permite trabajar con una gran variedad de objetivos de capacitación de los profesionales de la salud, resulta fundamental que éstos sean específicos, concretos y adecuados para los diferentes profesionales sanitarios que participan. Para ello, es necesario que en primer lugar se tome la decisión acerca de qué se quiere lograr con la implementación de la simulación y luego se defina a través de qué situación clínica (que implicará la utilización de simuladores específicos) se puede alcanzar dicho objetivo.

Beneficios y limitaciones de la simulación clínica

La evidencia actual señala que la utilización de la simulación clínica posee numerosos beneficios. Entre otros, ha demostrado ser de utilidad para mejorar el aprendizaje de habilidades específicas, la comunicación y el trabajo multidisciplinario, así como también disminuir el estrés durante algunos procedimientos (Corvetto et al., 2013). También, Amaya Afanador (2007) considera que ofrece la posibilidad de practicar procedimientos poco frecuentes y equivocarse sin producir daño al paciente, lo que origina sentimientos de confianza y seguridad en quienes participan. Según Ziv et al. (2003) el uso de la simulación permite el aprendizaje de la gestión de los errores y la

cultura de la seguridad del paciente. Por ejemplo, un estudio multi céntrico señaló que equipos del servicio de emergencias lograron disminuir las tasas de error clínico del 30,9% al 4,4% al mejorar el trabajo en equipo y el desempeño profesional mediante el entrenamiento por simulación (Morey et al., 2002).

Además, la simulación ofrece la posibilidad de repetir una situación, incluso compleja y poco frecuente, de manera ilimitada en un entorno seguro, lo que multiplica las oportunidades de aprendizaje y entrenamiento de los profesionales (Dieckman, 2009; Gaba, 2000).

Por otra parte, algunos autores señalan que la simulación clínica también posee algunas limitaciones. Además de que la implementación de esta estrategia supone costos económicos no menores, se considera que no puede reproducir todas las situaciones clínicas posibles como inflamaciones, edemas, alteraciones en la coloración de la piel, entre otras. No obstante, varios autores coinciden en que son mucho mayores los beneficios que los perjuicios en términos de capacitación y entrenamiento de los profesionales y la búsqueda de la seguridad de los pacientes.

Aspectos claves para la implementación de la simulación clínica

En primer lugar, para poder implementar la simulación clínica se requiere una política institucional clara y definida en la importancia de una adecuada formación de los estudiantes para el sistema sanitario actual y de la capacitación y entrenamiento continuo de los profesionales.

Además, resulta indispensable tener en cuenta que la simulación clínica no puede reducirse a los recursos materiales disponibles sino que debe ser entendida como una estrategia educativa capaz de facilitar la adquisición de las competencias generales y específicas de los estudiantes así como el entrenamiento y la capacitación de los distintos profesionales sanitarios.

Como cualquier otra estrategia educativa debe ser implementada con objetivos educativos claros, concretos y específicos, de lo contrario se estaría menospreciando todo el potencial pedagógico irremplazable de la simulación a un costo muy elevado.

Por otro lado, se requieren recursos materiales específicos y un entorno adecuado, capaz de reproducir o representar de la mejor manera la realidad del entorno clínico. Asimismo para poder implementar la simulación clínica es necesario también contar con una mínima estructura de recursos humanos encargados de velar por el mantenimiento de los equipos, la organización de las actividades de capacitación, el diseño y desarrollo de las mismas, entre otras tareas.

En la medida en que la simulación como estrategia educativa se fundamenta en la teoría del aprendizaje experiencial entre otras teorías educativas, resulta muy importante proteger un tiempo de reflexión posterior a la experiencia (en la simulación de alta fidelidad) conocido como *"debriefing"*, en el que se proporciona retroalimentación sobre el desempeño de los participantes, se señalan los aspectos positivos y se promueve el pensamiento reflexivo. De esta forma, se identifica el *"debriefing"* de la simulación con lo que Schön llama *"reflexión sobre la ac-*

ción" o *"reflection on action"*, cuyo propósito es analizar y criticar una situación o evento para descubrir nuevas interpretaciones y poder aplicar el nuevo conocimiento en un futuro. En este sentido, este momento de reflexión luego de la simulación se comporta como un componente decisivo para la transformación de la experiencia de simulación en una experiencia de aprendizaje y entrenamiento capaz de trasladarse a la vida real. Para ello, resulta necesario contar con profesionales que sean capaces de guiar esta reflexión y hacer de esta experiencia de entrenamiento una experiencia capaz de modificar o confirmar las conductas de los profesionales participantes con el único propósito de velar por una atención de calidad y la seguridad de los pacientes.

Conclusiones

Probablemente todos coincidimos en que el sistema de salud actual requiere profesionales competentes, capaces de brindar un cuidado seguro y de calidad. En este sentido, la simulación clínica se presenta como una estrategia educativa adecuada y necesaria para la formación de los futuros recursos humanos en salud y la capacitación y el entrenamiento de estos profesionales debido a sus múltiples beneficios.

El aumento en la variedad, complejidad y realismo de los recursos y sus crecientes posibilidades pedagógicas, así como el incremento progresivo de la investigación en simulación, manifiestan la fase de consolidación que atraviesa esta estrategia de enseñanza aplicada a las Ciencias de la Salud (Corvetto et al., 2013). Sin duda, el auge de la simulación clínica de los últimos años se debe a la enorme

posibilidad que brinda para el entrenamiento y la capacitación en seguridad y la prevención de errores críticos (Galindo López y Visbal Spirko, 2007; Palés Argullós y Gomar Sancho, 2010).

Aunque la implementación de la simulación clínica requiera la consideración de diferentes aspectos, la vida y la salud de los pacientes justifican sobremedida el uso de esta estrategia. Así como el uso de la simulación en otras disciplinas, como la ingeniería aeronáutica y/o nuclear, se justifica por el enorme impacto que puede tener un error en el desempeño de dichos profesionales, debería ocurrir lo mismo en el ámbito de la Ciencias de la Salud. Ojalá no se requieran más investigaciones o informes de la cantidad de muertes evitables producidas por errores prevenibles, para que las universidades e instituciones de salud se decidan a implementar la mejor evidencia en términos de prevención de los mismos y promoción de la seguridad del paciente.

Bibliografía

- Amaya Añador, A. Simulación clínica en el contexto de la educación, comunicación y cultura [en línea] 2007 [Consultado el 21 de Octubre de 2015]. Disponible en: <http://bit.ly/2agjvOw>
- Bradley, P. The history of simulation in medical education and possible future directions. *Medical Education* [en línea] 2006 [Consultado el 20 de Octubre de 2015]; 40(3), 254-62. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16483328>
- Corvetto, M.; Bravo, M.P.; Montaña, R.; Utili, F.; Escudero, E.; Boza, C.; Varas, J. y Dagnino, J. Simulación en educación médica: una sinopsis. *Revista Médica de Chile* [en línea] 2013 [Consultado el 21 de Octubre de 2015]; 141, 70-79. Disponible en: <http://bit.ly/2aslYaM>
- Dávila-Cervantes, A. Simulación en educación médica. Investigación en Educación Médica, [en línea] 2014 [Consultado el 20 de Octubre de 2015]; 3(10), 100-105. Disponible en: <http://bit.ly/2amMvG0>
- Decker, Sh. Simulations: Education and ethics. En Pamela Jeffries (ed.). *Simulation in Nursing Education from conceptualization to evaluation*. New York: Laerdal Medical Corporation; 2012. p. 13-23.
- Dieckman, P. (ed.). *Using simulation for education, training and research*. Alemania: Pabst Science Publishers; 2009.
- Durá Ros, M.J. La simulación clínica como metodología de aprendizaje y adquisición de competencias en enfermería. [Tesis doctoral] Madrid: Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología; 2013. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/22989/1/T34787.pdf>
- Gaba, D. Anesthesiology as a model for patient safety in health care. *British Medical Journal* [en línea] 2000 [Consultado el 3 de Marzo de 2014]; 320 (7237), 785-788. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117775/>
- Gaba, D. The future vision of simulation in health care. *Quality & Safety in Health Care* [en línea] 2004 [Consultado el 1 de Marzo de 2014]; 13(Suppl 1), 2-10. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765792/>
- Galindo López, J.; Visbal Spirko, L. Simulación, herramienta para la educación médica. *Salud Barranquilla* [en línea] 2007

[Consultado el 3 de Marzo de 2015]; 23(1), 79-95. Disponible en: <http://bit.ly/2aDL9r9>

- Guerra, A. Simulación de vuelo: un poco de historia. [en línea] 2013 [Consultado el 23 de Octubre de 2015] Disponible en: <http://www.hispaviacion.es/articulos/adrian1.html>
- Jeffries, P. (ed.). *Simulation in Nursing Education. From conceptualization to evaluation*. New York: National League for Nursing; 2007.
- Kohn, L.; Corrigan, J. y Donaldson, M. (eds.). *To err is human: building a safer health system*. Washington: National Academy Press; 2000.
- Maran, N., Glavin R. Low – to high-fidelity simulation – a continuum of medical education. *Medical Education* [en línea] 2003 [Consultado el 20 de Octubre de 2015]; 37(Suppl 1), 22-28. Disponible en: <http://www.rakos-helsevest.no/doc/medical-educ-2003-37-suppl-1-pp22-28.pdf>
- Morey, J.; Simon, R.; Jay, G.; Wears, R., Salisbury, M.; Dukes, K. y Berns, S. Error reduction and performance improvement in the Emergency Department through formal teamwork training: evaluation results of the MedTeams Project. *HSR* [en línea] 2010 [Consultado el 21 de Octubre de 2015]; 37(6): 1553-1581. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1464040/pdf/hesr_01104r.pdf
- Palés Argullós, J. y Gomar Sancho, C. El uso de las simulaciones en Educación Médica. *Teoría de la Educación: Educación y Cultura en la Sociedad de la Información*, [Internet]. 2010; 11(2): 147-169. Disponible en: http://campus.usal.es/~revistas_trabajo/index.php/revistatesi/article/view/7075/7108
- Real Academia Española Diccionario de la lengua española. 22ª. Ed. Madrid: Espasa; 2014. Disponible en: <http://www.rae.es/recursos/diccionarios/drae>
- Rubio-Martínez, R. Pasado, presente y futuro de la simulación en anestesiología. *Revista Mexicana de Anestesiología*, [Internet]. 2012; 35(3): 186-191. Disponible en: <http://www.medi-graphic.com/pdfs/rma/cma-2012/cma123d.pdf>
- Ziv, A.; Wolpe, P.; Small, S. y Glick, Sh. Simulation-based medical education: An ethical imperative. *Acad Med* [Internet]. 2003 [citado en 18 de Octubre de 2015]; 78(8): 783-788. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12915366>

LA CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD Y LA IMAGEN PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Autor:

Mesquida, Ana Lia

Licenciada en Enfermería. Mg en Administración y Gestión de Servicios de Salud. Especialista en Docencia Universitaria. Especialista en Entornos Virtuales de Aprendizaje. Docente investigadora UNSE. Profesora Titular Práctica Profesional. Universidad Nacional de Santiago.

Coautor:

Zóttola, Lía Mónica

Licenciada en Psicología. Master en Necesidades y Derechos de la Infancia. Doctora en Psicología. Docente investigadora UNSE. Profesora Asociada Psicología Social. Universidad Nacional de Santiago del Estero. Argentina.

Contactos:

*analiamesquida@gmail.com
liazot@yahoo.com.ar*

Resumen

Las identidades e imágenes profesionales resultan de construcciones sociales e históricas que permiten perfilar las condiciones de existencia de la práctica profesional significada y las expectativas sociales que sobre esas labores se tiene. Enfermería no es ajena a estos procesos, razón por la que interesa en este trabajo dar cuenta de forma sucinta, sobre la complejidad de la trama que permite identificarla hoy. En ese contexto emerge con claridad la relación de implicaciones que encuentra el cuidado, la feminización de la profesión, el modelo de sumisión impuesto y los modelos de formación profesional.

Palabras claves:

Enfermería – identidad – imagen profesional.

La profesión de enfermería y la construcción de su identidad y su imagen profesional, son cuestiones que han sido investigadas en diversos ámbitos y desde diferentes dimensiones. Los resultados de esas indagaciones han mostrado que, comprender los procesos involucrados en esas construcciones identitarias se vincula tanto con las trayectorias históricas de la profesión como tal; como con la incidencia de los desarrollos teóricos, la formación académica y la mediatización de la imagen de la enfermera.

En este sentido, podríamos iniciar caracterizando el proceso histórico siguiendo una investigación realizada por colegas de la Universidad de Concepción de Chile¹, quienes identifican cuatro etapas que permiten comprender el camino transitado por la enfermería desde la esfera doméstica a la profesional, intermediando las etapas vocacional y técnica. En este proceso, se encuentra como denominador común de la profesión desde sus inicios doméstico a la actualidad, "el cuidado" como centro-objeto disciplinar. Las características de los procesos socio-culturales patriarcales que identifican las sociedades occidentales, promovieron la feminización de la profesión desde sus orígenes. El cuidado como acción intencional de preservación de la vida de otros, estuvo centrado en la promoción de la higiene y la adecuada alimentación y vestido. La cercanía de las mujeres con la naturaleza de la función reproductiva, hizo que históricamente se nos determine la función de cuidar como una cuestión inherente a la condición del género. Esta forma de asignar las funciones cuidadoras al ámbito doméstico y femenino, ha

promovido la idea de la desvalorización económica del cuidado y la adjudicación al mundo masculino de la función de proveedor y sostenedor de las condiciones materiales de los grupos poblacionales.

A este proceso primario y arcaico para la profesión, aunque no para las dinámicas de desarrollo de las lógicas familiares de nuestras poblaciones, continuó en el período en el que la cristianización de la sociedad occidental tuvo su expresión en un período conocido como "vocacional" y comprendió el inicio del mundo cristiano, la edad media y el mundo moderno. Fue una etapa de transición, conocida como el momento más oscuro de la historia de la enfermería (última parte del siglo XVIII hasta la mitad del siglo XIX). El calificativo vocacional se asoció al nacimiento de la religión cristiana. El enfermo, el que sufre; es un elegido de Dios y quien lo cuida y se consagra a Él también. En este período, los conocimientos teóricos fueron casi inexistentes y los procedimientos aplicados muy rudimentarios. Lo sustancial de la época fue la actitud centrada en la caridad, la sumisión y la religiosidad. Se asume así, la existencia de la hegemonía de la Iglesia promoviendo el desarrollo del conocimiento solo permitido al mundo masculino, amparado por el dogmatismo de la fe; mientras que se reservó para la mujer cuidadora la función transformada hacia los valores del servilismo, la caridad y la abnegación; en un marco abstracto y contemplativo que permitió el sacrificio que redime de los pecados originales.

La finalización de este período, se acelera con la emergencia de las revoluciones industriales y las guerras mundiales, que promueven el desarrollo científico y con ello, la necesidad de asumir formas alternativas que permitan

superar las enfermedades. Esta etapa, conocida como la etapa técnica de la enfermería, abarca el mundo contemporáneo (siglos XIX y XX), que se caracteriza por una nueva concepción del hombre acerca de la dicotomía enfermedad-salud, que ya no se concibe por gracia divina sino como producto de la lucha contra la enfermedad.

El gran desarrollo científico y tecnológico de este período, es transferido a la clase médica dominante, lo que le proporciona aún mayor conocimiento y poder, centrado en la enfermedad y el tratamiento. La complejidad tecnológica hace necesaria la aparición de agentes intermedios que asuman algunas tareas médicas. Este personal, es denominado paramédico con el advenimiento de lo que Collière llama "mujer, enfermera-auxiliar del médico". La enfermera asume en parte ese rol social, reemplazando a las religiosas en el servicio a pobres y desamparados. No se le reconoce dominio en el conocimiento, sino sólo la vocación de servir. Este período, nos proporciona un modelo de mujer enfermera marcado por nuevas formas de dominio conductual. La enfermera cambia la hegemonía del sexo a la de lo religioso, y de ésta al poder del hombre-médico, lo que impacta fuertemente en su desarrollo como profesional. En la medida que la ciencia médica se desarrolla en el campo del saber, a las mujeres-enfermeras se les arrebató la autonomía, convirtiéndolas en colaboradoras de los médicos. En este contexto de subordinación, nace enfermería como profesión, dependiente de la autoridad masculina y del saber médico. Por esta razón no resulta extraño entender la impronta que tuvieron los modelos académicos-pedagógicos de formación profesional fuertemente biólogos, guiados por el modelo médico-hegemónico.

1. Torres A, Sanhueza O. Desarrollo de la autoestima profesional en enfermería. *Invest. educ. enferm.* 2006; (24)2: 112-119.

La evolución del desarrollo de la enfermería hasta la etapa profesional, fue caracterizada por un largo y oscuro período de transición. La aparición de la enfermera técnica y la separación de los poderes políticos y religiosos permitieron el inicio de la enfermera en vías de profesionalización. Es indudable a comienzos de esta etapa, el aporte de Florence Nightingale en el desarrollo de la profesión enfermera. Ella asume la importancia de la formación de una enfermera poseedora de conocimientos técnicos y del desequilibrio intelectual hombre - mujer. A pesar de lo avanzado de su pensamiento para la época, estableció y mantuvo una conexión importante entre lo científico y lo religioso, no permitiendo el desligue de estos elementos. La formación y el ejercicio de las enfermeras en el ámbito hospitalario, son ejemplo de la marcada influencia de los valores morales y religiosos.

El desarrollo de la enfermería en el ámbito de la Salud Pública, fue más tarde el factor clave que llevó a la progresiva liberación de estos valores para lograr conocimientos de diversas fuentes, favoreciendo la necesidad de vincularse al conocimiento científico y a las técnicas de investigación, lo que facilitó el contacto con diversos medios de vida y profesiones. Este proceso, permitió la emergencia de enfermeras investigadoras que a nivel teórico y filosófico comienzan a perfilar el rol de la enfermera de una manera más auténtica. Sin embargo, hasta la actualidad persiste el oscuro legado histórico de la sumisión, avalado en ocasiones por la falta de un contenido profesional definido, actitudes y enseñanzas en la propia profesión.

Hoy, la enfermera, provista de nuevas capacidades científicas para el análisis y reflexión, es capaz de mostrar su insatisfacción, relacionada principalmente con la va-

loración de su status profesional, aspectos técnicos, intelectuales, educativos y formativos de la profesión: el principio de igualdad de remuneración, la necesidad de justipreciar la profesión, los problemas de delegación, las condiciones de trabajo, la formación profesional, el desarrollo de la carrera profesional, la participación, el riesgo laboral y la dependencia médica, entre otros.

Así, en los últimos años, se produjo una transformación ideológica de la profesión, favoreciendo que las enfermeras con mejor consolidación de la identidad profesional, realicen aportes filosóficos y teóricos conformando cuerpos epistemológicos disciplinares que redefinen el rol de la enfermera/o con mayor independencia. Sin embargo, este proceso más reciente no logra erradicar entre algunos profesionales, las relaciones de subordinación frente a la profesión médica, la dependencia técnica y la falta de definición como disciplina con funciones propias. Estos aspectos sumados, generan consecuencias que afectan el desempeño profesional mostrando deterioro y debilidad en los planos económicos y sociales, propiciando menos oportunidades de desarrollo y crecimiento dentro de los sistemas de salud.

En cuanto a la cuestión de género en la construcción de la representación social de enfermería, referenciando a Cánovas Tomás² se podría destacar que la labor de enfermería supone asumir que desde sus inicios fue una profesión mayoritariamente femenina, siendo la construcción

2. Cánovas Tomás, Miguel Ángel. *Trabajo e Ideología de Género: un análisis antropológico de la Enfermería en Murcia*. www.um.es/eglobal. ISSN 1695-5141. N.º5. Nov 2004

ideológica del género, uno de los factores fundamentales relacionados directamente con el lugar que ocupa la profesión en las instituciones sanitarias, las que se estructuran y organizan en un sistema con claves de valores masculinos y tecnocráticos. Por otra parte, el crecimiento de la disciplina se inició en el marco de la ideología de vocación religiosa, profesión auxiliar de la medicina y práctica natural femenina. Y además, admitir un proceso de construcción de la disciplina centrada en la enfermedad, hasta lograr un enfoque teórico vinculado con la salud y la toma de conciencia de la existencia de autonomía de los cuidados en la práctica asistencial independiente de la medicina.

Estas características, llevaron al investigador a establecer dos unidades fundamentales de análisis: la relación género-trabajo en los diferentes servicios y la relación trabajo - identidad socioprofesional de los profesionales de enfermería.

En cuanto a la relación Trabajo - Género, refiere a como la construcción ideológica de género, es utilizada por las relaciones dominantes de producción, a través de mecanismos que fundan la acción y las relaciones de poder para obtener el mayor beneficio posible.

En la relación Trabajo - Identidad socioprofesional, da cuenta de la función del trabajo como productor de un código cultural, fundado en el saber científico-técnico, como es el caso de la Enfermería, que otorga saberes, destrezas y prácticas; que modelan comportamientos, actitudes y valores que trascienden la actividad laboral misma.

Por otra parte y como una tercera cuestión, destacamos el impacto mediático en la construcción de la imagen social de Enfermería, teniendo en cuenta la manera en la que los medios masivos inciden, en la construcción de las identidades profesionales.

Los medios de comunicación se han legitimado como herramientas que suponen reflejar la realidad en todas sus dimensiones. Sin embargo, debemos asumir que estos no muestran una realidad objetiva, sino apenas una versión guionada de esta. Pese a ello, la aceptación acrítica de las legitimaciones que se imponen por estos medios, logra un importante papel en la incidencia sobre la interpretación de la realidad. Así, se recibe una esquiva multiplicidad de partes de la realidad, mediadas, filtradas y seleccionadas arbitrariamente; reproduciendo modelos y estereotipos que median entre los actores sociales y la realidad con imposición de formatos hegemónicos que impiden percibir las grietas que inspiren cuestionamientos de estos modelos.

Abordados estos aspectos que nos parecieron fundamentales en la construcción de la identidad e imagen social de enfermería, quisiéramos hacer unos aportes desde nuestra mirada como docentes, para resaltar algunas cuestiones a tener en cuenta, tendientes a romper el modelo de subordinación dominante que se reproduce tanto en el ejercicio como en la educación y, la posibilidad de reorientar nuestras propuestas de formación a través de currículas renovadas, contextualizadas, flexibles y actualizadas.

Considerando que, la imagen pública de una profesión no es fortuita sino que es el resultado de la construcción

lograda por la población, en función de lo que de cada profesión percibe y sintetiza en representaciones sociales; debemos ser capaces de cambiar la percepción de la enfermera representada por el oficio empírico o el del personal auxiliar de enfermeros. Nos corresponde, procurar posicionar a nuestros egresados en el desempeño de la profesión acorde a la concepción moderna de la disciplina. Para ello, como formadores debemos:

- Fortalecer la práctica profesional independiente sustentada en marcos teóricos, modelos y teorías de enfermería, que permitan privilegiar las funciones propias de su rol profesional en los procesos de salud-enfermedad; con sujetos individuales o en contextos familiares y comunitarios, especialmente en la protección y promoción de salud, tanto como respecto a la prevención y rehabilitación de enfermedades.
- Fomentar la Investigación en el campo de los cuidados propios de enfermería, desarrollando y comprobando científicamente nuevas tecnologías diagnósticas y de intervención. Para ello, establecer en las escuelas líneas de investigación que orienten los estudios de grado y posgrado, tendientes a fortalecer nuestros saberes teóricos disciplinares para generar modelos de atención y teorías de enfermería propias, capaces de sustentar una práctica profesional contextualizada que responda a nuestra realidad económica, social y cultural.
- Ampliar el aprendizaje para el desarrollo de mayores capacidades comunicacionales mediante el estudio del lenguaje tecnológico e internacional que facilite la integración e intervención en diversos contextos.
- Fomentar la participación activa en las organizaciones de filiación profesional para proteger y reivindicar de forma permanente las condiciones de trabajo y propiciando

el desarrollo de capacidades para el logro de liderazgos pro-activos que fortalezcan la gestión de los procesos colectivos de nucleamiento y acción conjunta.

Nuestros estudiantes de hoy, son los egresados y colegas que se pretenda formar. Por ello, como formadores, deberíamos facilitar la transición entre estudiante – trabajador, estrechando vínculos con los servicios para fortalecer el proceso de educación continua, articulando coherentemente la enseñanza con la práctica de la enfermería y de este modo, producir un verdadero impacto que se traduzca en el mejoramiento de la calidad de atención. Para garantizar la calidad educativa, debemos promover el control de las normas de calidad para la apertura, funcionamiento y acreditación de las carreras y/o escuelas de enfermería por organismos oficiales con representatividad de la disciplina.

Recientemente en Argentina, el título Licenciado en Enfermería ha sido incluido en la nómina de Carreras de Riesgo reguladas por el estado (artículo 43 de la Ley de Educación Superior) mediante Resolución N° 1724 del Ministerio de Educación de la Nación de fecha 27/08/2013. Es probable además, que a corto plazo se aprueben los estándares de acreditación que llevarán a la evaluación de las instituciones formadoras de licenciados en enfermería.

Resulta fundamental fortalecer estos procesos que resultan imprescindibles para que la profesión alcance un mayor grado de reconocimiento social y un nivel de crecimiento que nos lleve al desarrollo y prestigio que de hecho ya ha alcanzado en otros países sudamericanos. Recordemos además, que contamos con las Políticas Ar-

gentinas de Enfermería elaboradas por FAE- AEUERA³, que deben marcar nuestro norte y que establecen claramente las políticas sustantivas e instrumentales sobre este aspecto.

En el campo de la Enfermería de nuestra provincia, también es importante que se desarrollen propuestas de socialización del rol profesional de la enfermera; lo que podría aportar a mejorar su imagen social, a diferenciarla de las prácticas técnicas mecanizadas, de la desvalorización general que tiene y mejorar su inserción en el sistema de salud. Si bien esta, es una problemática generalizada en el continente y en el país, en la provincia en particular, la trayectoria histórica de la Enfermería ha adolecido de una estrategia clara de promoción de la profesión. Prueba de ello, es que nuestros egresados han sido siempre más valorados en otros sectores del país, lo que daría cuenta de que la formación académica recibida, es la requerida por el mercado laboral profesional y científico de centros poblacionales que se circunscriben en contextos de mayores condiciones de desarrollo tanto social como económico.

Por último y no por ello menos importante, consideramos que resultan imperativas políticas públicas (y no solo que se declame la importancia de los profesionales de enfermería en el cuidado de la salud de las personas) que, además de incitar a los jóvenes a elegir esta profesión y culminar la carrera en el tiempo previsto; mejoren las condiciones de vida y de trabajo de las enfermeras para retenerlas en la práctica de la profesión, eliminando la precarización de su trabajo y asignando retribuciones acordes al nivel de formación y la responsabilidad social que les compete.

3. Políticas Argentinas de Enfermería para el Decenio 2000. Memorias de la I Conferencia Argentina de Políticas de Enfermería. Asociación de Escuelas Universitarias de Enfermería de la República Argentina – Federación Argentina de Enfermería. Córdoba. Noviembre de 1998

Bibliografía

- Cánovas Tomás, Miguel Ángel. Trabajo e Ideología de Género: un análisis antropológico de la Enfermería en Murcia. *www.um.es/eglobal*. ISSN 1695-5141. N°5. Nov 2004.
- Heierle Valero Cristina. La imagen de la enfermera a través de los medios de comunicación de masas: La prensa escrita. *Index Enferm [revista en la Internet]*. 2009 Jun [citado 2015 Oct 09]; 18(2): 95-98. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000200005&lng=es Consultado febrero 2015.
- Hernández Vergel Lázaro Luis, Rodríguez Brito Martha Elena, Jiménez Pérez Mireya, Rangel Marín Fany. Imagen social de la enfermería. *Rev Cubana Enfermer [revista en la Internet]*. 2003 Abr [citado 2015 Oct 09]; 19(1): 250-269. Disponible en: <http://goo.gl/XNbROp> Consultado febrero 2015.
- Maya Maya MC. Identidad Profesional. *Investigación y Educación en Enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad de Antioquia. Medellín. Colombia*. 2003 (21) 1. 98-104.
- Mesquida A.L; Zottola L. "Procesos que atraviesan la deserción de los ingresantes a la Carrera de Licenciatura en Enfermería" *Publicación anual "La Investigación en la Facultad de Humanidades Ciencias Sociales y de la Salud". Secretaría de Ciencia y Técnica. Facultad Humanidades, Ciencias Sociales y de la Salud. Universidad Nacional de Santiago del Estero. ISSN 1853-5372. Pag. 115 – 119. Santiago del Estero. Argentina. 2.011*
- Rodríguez-Camero M^a Luisa, Rodríguez-Camero Noelia, Azañón-Hernández Rodrigo. La construcción mediática de la Enfermería. *Index Enferm [revista en la Internet]*. 2008 Jun [citado 2015 Oct 09]; 17(2): 119-123. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000200009&lng=es. Consultado marzo 2015
- Torres A, Sanhueza O. Desarrollo de la autoestima profesional en enfermería. *Investigación y Educación en Enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad de Antioquia. Medellín. Colombia*. 2006; (24)2: 112-119.
- Zamorano Pabón, Ingrid Carolina. (2008). Identidad profesional en enfermería: un reto personal y profesional. *Investigación y Educación en Enfermería*, 26(2, Suppl. 1), 168-171. Retrieved October 09, 2015. <http://bit.ly/2apDmu5>

INTERVENCIÓN SOBRE EL HÁBITO TABÁQUICO CON ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD FAVALORO

Autor:

Di Loretto, Miriam Liliana

Lic. en Enfermería,

Profesora Adjunta de la Carrera de Licenciatura en Enfermería, Universidad Favaloro, Argentina.

Contacto:

mloretto@ffavaloro.org

Resumen

Los enfermeros, como sector mayoritario y con intensa actividad asistencial entre los profesionales sanitarios, podemos realizar un gran aporte en el control del tabaquismo, previniendo el consumo, la exposición pasiva y asistiendo a quienes deseen dejar de fumar. (1)

En el marco del 31 de mayo de 2015 "**Día Mundial sin Tabaco**" (2) los estudiantes de la Licenciatura en Enfermería recibieron información y lograron asumir un rol activo, articulando acciones adecuadas a su nivel de formación.

Palabras claves:

enfermería - identidad - imagen profesional.

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud existen en el mundo unos 1300 millones de fumadores y cada día, 100 mil jóvenes menores de 18 años comienzan a fumar. El consumo de tabaco es la causa principal de muerte evitable y se calcula que cada año mata a más de 5 millones de personas en el mundo. (3)

Los enfermeros dentro de los profesionales sanitarios cumplimos un papel fundamental en el control del tabaquismo, previniendo el consumo y exposición pasiva, asistimos a los fumadores a dejar de fumar y contribuimos en el tratamiento de cesación tabáquica.

El consejo claro y el apoyo del personal de enfermería aumentan el éxito para que las personas dejen de fumar y por tanto deben enseñarse y promocionarse desde la formación de grado para minimizar la presencia de una contradicción implícita en el discurso y la práctica y deficiencias en su formación en materia de lo que se considera como prevención y promoción. (4)

La experiencia

Los docentes responsables de las materias troncales de la Licenciatura en Enfermería consideramos oportuno articular las temáticas programadas haciendo énfasis en la necesidad de trabajar fuertemente en la asunción de un rol activo por parte de los estudiantes de los tres primeros años de la carrera en la prevención de las enfermedades asociadas al hábito tabáquico. Este rol, que era necesario guiar para facilitar su asunción, se pondría en práctica con actividades concretas. (5)

En primer lugar se realizamos una encuesta autoadministrada a todos los estudiantes para determinar la prevalencia de consumo de tabaco. Les preguntamos sobre la presencia este hábito, sus conocimientos acerca de los efectos nocivos del tabaco en la salud y les realizamos mediciones de monóxido de carbono en aire espirado. Todos estos datos nos permitieron evaluar el nivel de conocimiento disponible sobre los tóxicos y planificar en consecuencia las actividades educativas que les permitieran intervenir eficazmente en el campo hospitalario.

Los docentes integramos el tema tabaquismo a las clases programadas. En la materia Fundamentos de Enfermería (1er año) se abordaron los conceptos básicos sobre el hábito tabáquico y sus consecuencias en la salud, en la materia Enfermería del Adulto y el Anciano I (2do año) la temática se relacionó con la atención de enfermería del paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y en la materia Enfermería Materno Infantil Juvenil I (3er año) con el cuidado de la mujer embarazada y los riesgos que este hábito acarrea para

gestación y el recién nacido. Todos los estudiantes fueron informados sobre los beneficios que se obtienen al dejar de fumar a los fines no sólo de que fueran portadores de esta información para terceros sino también para que reflexionaran sobre su propio estado de salud.

Resultados

Participaron de esta experiencia 106 estudiantes: 81 mujeres y 25 varones cuyas edades se encontraban entre 18 y 47 años. El 19,8% de ellos eran fumadores activos.

En relación al conocimiento sobre los agentes tóxicos y las campañas antitabáquicas, el 49% de los estudiantes presentaba algún grado de conocimiento mientras el 56% los desconocía completamente, el 50% desconocía que fumar produce disminución en la fertilidad y 48% que puede producir muerte súbita del lactante.

Con respecto a las mediciones de monóxido de carbono en aire espirado, 14 mediciones dieron como resultado > 6ppm (máx.19ppm)

Los docentes sentimos una gran satisfacción al ver que los estudiantes se interesaban por el tema y motivados por el mismo realizaron folletos educativos para ayudar a difundir la información durante la práctica hospitalaria, adaptados a las características de los pacientes con los cuales tomarían contacto en cada caso según su nivel de formación.

Conclusiones

Todos los profesionales sanitarios y especialmente aquellos más cercanos a los pacientes tendremos intervenciones más efectivas si logramos ser ejemplo de hábitos saludables e incorporamos el consejo antitabaco en el marco asistencial diario. Brindar información y potenciar actividades en las prácticas hospitalarias favorece a que los estudiantes dispongan de conocimiento sobre la problemática y confíen en que su consejo para dejar de fumar pueda tener éxito.

Desde la formación de grado estas actividades aportan herramientas fundamentales para intervenir en los hábitos de la vida, tanto en personas sanas como modo prevención y en personas enfermas como modo de afrontamiento y manejo de la enfermedad, así también en la rehabilitación de las secuelas producidas por enfermedades ocasionadas por tabaco.

En esta ocasión, los resultados de las encuestas evidenciaron los temas que los estudiantes desconocían. Estos fueron trabajados en clases adaptadas al programa de cada año donde se resaltó la importancia de la prevención de complicaciones identificando oportunidades de intervención mínima durante su práctica hospitalaria. La motivación de los estudiantes los movilizó a diseñar material de apoyo para fomentar el mensaje de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Con la intención de difundir la experiencia y animar a otros docentes a tomar compromiso con la temática, esta experiencia fue presentada en el 9° Congreso Argentino Tabaco o Salud y 6° Encuentro Argentino- Uruguayo , que

se llevó a cabo en la Ciudad de Mar del Plata el 9 de agosto pasado.

Referencias Bibliográficas

- (1). Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008
- (2). OMS: Organización Mundial de la Salud. (citado el 20 de agosto de 2015) Disponible en: <http://www.who.int/tobacco/wntd/previous/es/>
- (3). Ministerio de Salud de la República Argentina. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/tabaco/index.php/informacion-para-profesionales/taquismo-en-el-mundo-generalidades/prevalencia-mundial>
- (4). Rodríguez L; Bejarano I. Prevention and promotion of the health in the nursing staff: smoking habit. Cuad. Fac. Humanid. Cienc. Soc., Univ. Nac. Jujuy, San Salvador de Jujuy, n. 37, dic. 2009.
- (5). Acebedo-Urdiales S, Jiménez-Herrera MF, Rodeiro-Sánchez V, Vives-Relats C. Re-Pensando las complejidades del rol profesional desde la teoría de Bourdieu. Index Enferm [revista en la Internet]. 2011 Jun [citado 2015 Ago 24] ; 20(1-2): 86-90. Disponible en: <http://bit.ly/2apDB8F>

ESTRATEGIAS DE ENSEÑANZA CON GRUPOS REDUCIDOS

Autores:

Franco, Blásida Esperanza

Lic. en Psicología, Profesora Adjunta de la Carrera de Licenciatura en Enfermería, Universidad Favaloro, Argentina.

Di Loretto, Miriam Liliana

Lic. en Enfermería, Profesora Adjunta de la Carrera de Licenciatura en Enfermería, Universidad Favaloro, Argentina.

Camio, Adriana Victoria

Especialista en Gestión Educativa, Coordinadora de la Carrera de Licenciatura en Enfermería, Universidad Favaloro, Argentina.

Contacto:

acamio@favaloro.edu.ar

Resumen

Cuando el número de estudiantes que ingresan a una carrera universitaria se reduce drásticamente como resultado de la deserción académica, los docentes experimentan ansiedades relacionadas con la inadecuación de las metodologías planificadas al inicio del proceso educativo y la necesidad de re direccionar los procesos de enseñanza y aprendizaje en la nueva situación. A esto se suma la responsabilidad por contener a los estudiantes que permanecen en el sistema educativo aunque percibiendo la amenaza de la desintegración del grupo.

Este artículo, que se basa en la bibliografía específica sobre la temática y en la experiencia de las docentes, describe y analiza las características de este fenómeno en la carrera de enfermería y ofrece recomendaciones para planificar la actividad docente en grupos que se reducen.

Palabras claves:

Deserción – Docentes – Enfermería – Grupos reducidos – Enseñanza.

Introducción

Actualmente en la República Argentina, la tasa de graduación universitaria es baja, observándose alrededor del 50% de deserción únicamente en el primer año (Marquis y Toribio 20016 – Soto Vercher 2012). Y a pesar de las estrategias de retención para los ingresantes que están siendo empleadas por las instituciones, muchas veces los grupos pasan de ser numerosos a reducidos.

Se considera que un grupo es reducido cuando está compuesto hasta por 40 estudiantes, ya que es el número máximo que permite desarrollar dinámicas de enseñanza y aprendizaje más activas y participativas que en grupos grandes. Los grupos reducidos, a su vez se clasifican en grupos reducidos grandes (más de 15 estudiantes) y grupos reducidos pequeños (hasta 15 estudiantes) (March 2005).

Cabe aclarar que trabajar con grupos reducidos facilita la interacción entre el profesor y los estudiantes, más participación de estos últimos en la clase, además de un acercamiento más supervisado y directo cuando la relación docente/alumno es apropiada en número y los docentes están capacitados para renunciar a las actividades convencionales que se programan para trabajar con grupos grandes aplicando las estrategias de enseñanza apropiadas. Sin embargo, la disminución acelerada en el número de integrantes del grupo, genera ansiedades en los docentes relacionadas con la inadecuación de la planificación realizada al inicio del proceso educativo, necesidad de adaptar sus estrategias a la nueva situación y en algunos casos hasta dificultad para aplicar algunas de las recomendadas para trabajar con grupos reducidos

pequeños cuando el número de estudiantes es inferior a cinco. También los estudiantes perciben la reducción del grupo como una pérdida y amenaza a la continuidad de su propia experiencia educativa y buscan contención en los docentes.

Por lo antes dicho, aunque trabajar con grupos reducidos es de elección para favorecer varias metas importantes de la educación superior como lo es el trabajo individual de los estudiantes hacia una autonomía formativa, es necesario identificar los recursos que les permitirán a los docentes neutralizar la amenaza percibida por el grupo, especialmente cuando el mismo ha comenzado siendo un grupo reducido pequeño y a adecuar las estrategias de enseñanza de modo que la situación sea aprovechada íntegramente como oportunidad de aprendizaje.

La enseñanza con grupos reducidos pequeños

A continuación se presentan algunas de las principales ventajas e inconvenientes identificados en el trabajo con grupos reducidos pequeños:

VENTAJAS	INCONVENIENTES
<ul style="list-style-type: none">•Incrementa las oportunidades de participación de los estudiantes.•Permite analizar puntos de vista diferentes.•Desarrolla la capacidad de cooperación y favorece el intercambio de experiencias.•Permite una supervisión y orientación más individualizada.	<ul style="list-style-type: none">•Los estudiantes podrían sentirse disconformes.•Demanda mayor dedicación docente.•Dosis excesivas de confrontación y conflicto entre los miembros pueden bloquear el trabajo y la reflexión.•Baja productividad en grupos sin hábito de trabajo en equipo.

La actividad en grupos reducidos pequeños promueve el desarrollo de habilidades útiles para la práctica profesional al permitirle al estudiante comprender las dificultades que pueden surgir cuando se trabaja en equipo y lograr mayor confianza en sí mismo a través de la práctica en la expresión y en la defensa de sus ideas. También posibilita la comunicación fluida, la identificación de las tareas prioritarias, la distribución del tiempo y la práctica de las habilidades interpersonales. (Crosby, 1996). Estas habilidades resultan sumamente valiosas en el ejercicio profesional de la enfermería, donde la colaboración y el trabajo en equipo son competencias esenciales para la mayoría de las situaciones laborales, igual que las aptitudes de escuchar, entrevistar y educar a la población. Pero lo más importante es que la enseñanza en grupos reducidos puede dar la oportunidad a los estudiantes de controlar su propio aprendizaje y, de esta manera, obtener un grado de autodirección e independencia de los profesores en sus estudios, que una vez adoptado como hábito se transmitiría al resto de su vida profesional.

Todas estas metas requieren de la puesta en marcha de actividades creativas tales como realizar simulaciones; estudio de casos; discusiones y debates, entre otros. Es-

tas actividades podrían no alcanzar un nivel satisfactorio cuando la relación docente /alumno es inapropiada, los estudiantes no han adquirido el hábito del trabajo en equipo, se sienten disconformes o se generan dosis excesivas de confrontación y conflicto que pueden bloquear el trabajo y la reflexión haciendo que tanto los profesores como los alumnos terminen con una sensación de frustración. Los problemas más frecuentes en el trabajo en grupos reducidos pueden originarse en:

- a) La falta de preparación de los profesores sobre técnicas de enseñanza grupal y/o su resistencia para renunciar a las técnicas centradas en el profesor.
- b) Actitudes de rechazo e intolerancia de los estudiantes que estaban acostumbrados a las metodologías convencionales de trabajo con grupos grandes o reducidos grandes.
- c) Mala explicitación de los objetivos. A veces no se consiguen los objetivos porque no han estado suficientemente explicados, negociados e interiorizados.
- d) No respetar el ritmo de aprendizaje de los estudiantes o no entender sus individualidades y el aporte que estos son capaces de ofrecer al grupo.

Interrogantes surgidos frente a los grupos que se reducen

Cuando el trabajo en grupos reducidos pequeños no es lo que se ha programado inicialmente, la disminución en el número de estudiantes genera interrogantes en los docentes tales como:

- ¿Debo cambiar los objetivos de aprendizaje? ¿De qué manera, hasta dónde? ¿El sistema de evaluación también debe sufrir modificaciones?
- ¿Cómo y hasta qué punto se modifica el rol docente? ¿Es apropiada la relación de mayor confianza que naturalmente comienza a generarse?
- ¿Puede ser que se suspenda el dictado? ¿Se requerirá menos recurso docente?
- ¿Cómo puedo ayudar al estudiante y al grupo en el manejo de sus incertidumbres? ¿Forma parte de mi responsabilidad hacerlo?

Estos interrogantes, cuando permanecen latentes y no se explicitan pueden afectar la actuación docente de maneras diferentes e individualizadas que sólo parcialmente y en diversa medida responden a sus necesidades y las de los estudiantes, pudiendo generar también confusión entre estos últimos. Consensuar respuestas y modos de trabajo entre docentes y con las autoridades, en cambio, permite afrontar la situación con mayor seguridad.

Recomendaciones para el trabajo con grupos que se reducen

En este apartado se presentan recomendaciones para los docentes que trabajan con grupos que se reducen en tamaño pudiendo convertirse en grupos pequeños reducidos.

1. REALIZAR UN DIAGNÓSTICO DE INGRESO

Teniendo en cuenta que la reducción del número de estudiantes se relaciona con los factores de vulnerabilidad para fracaso académico presentes en ellos al iniciar el ciclo lectivo (Soto Vercher 2012), un diagnóstico inicial que pueda detectar la presencia de esos factores nos alerta acerca de la efectividad posible de las medidas institucionales para la retención y sobre la reducción que puede sufrir el grupo. Algunos de los indicadores que nos orientan acerca de la vulnerabilidad en los estudiantes podrían calcularse a partir de datos fáciles de obtener en una entrevista como son:

- Ser Jefe/a de hogar. La necesidad de cumplir con este rol muchas veces coloca al estudio en un lugar no prioritario, especialmente cuando el estudiante se encuentra en los primeros años de la carrera. Ante la urgencia de resolver los problemas cotidianos, se hace difícil pensar en el largo plazo y la inversión y esfuerzo que representa estudiar una carrera universitaria.
- Edad mayor a 25 años. En esta edad el estudiante puede verse distante del resto del grupo y no identificarse con el mismo. La cantidad de tiempo que ha permane-

cido fuera del sistema formal de enseñanza también conspira contra la adquisición de hábitos de estudio.

- Procedencia diferente al sitio en el cual se encuentra la institución. La distancia entre el sitio de estudio y su lugar de residencia habitual o procedencia condicionará la posibilidad de regresar al mismo durante la cursada, así como la asistencia y contención que pueda facilitar la familia. Hasta los hábitos y costumbres pueden variar de un lugar a otro produciendo en el estudiante sentimientos de soledad y desarraigo.
- Trabajar más de 20 horas semanales. Trabajar y estudiar es de por sí un difícil desafío que deja muy poco tiempo al esparcimiento y limita las posibilidades de estudio por fuera del horario de las clases.
- Bajo rendimiento en el nivel secundario. Las fallas de lecto comprensión, cálculo y técnicas de estudio que se arrastran desde el secundario son muy difíciles de subsanar en el nivel universitario.
- Desconocer las características de la carrera y de la enfermería como profesión. Una idea equivocada acerca de la vida universitaria y sus exigencias así como de la carrera que se pretende estudiar generan frustración y desencanto en el ingresante.

Con estos datos podremos intuir si nuestro grupo de ingresantes seguirá siendo numeroso a pesar de la reducción, o podría convertirse en un grupo reducido grande o pequeño. La diferencia fundamental entre los mismos es que si bien en los grupos grandes y reducidos grandes pueden aplicarse metodologías de trabajo para grupos reducidos pequeños al ajustar la relación docente/alum-

no, el trabajo en grupos reducidos pequeños no tolera el mantenimiento de metodologías convencionales utilizadas en grupos más grandes y requiere de un tratamiento particular.

2. DAR FLUIDEZ Y CONTINUIDAD A LA COMUNICACIÓN

Ante la situación de comenzar el ciclo lectivo con un grupo reducido pequeño o la posibilidad de que nuestro grupo inicial se reduzca a uno de ellos, una acción necesaria consiste en fortalecer la comunicación entre los docentes a cargo de las materias que cursan estos estudiantes, a los fines de identificar aspectos que se pueden trabajar paralelamente como los son las técnicas de estudio y compartir una visión del grupo: capacidades, motivación, ansiedades, así como las formas de aprovechar estas características en pos del currículo y sus objetivos.

De esta manera, se conforma una red comunicacional que facilita el seguimiento pormenorizado de los estudiantes, y al mismo tiempo permite a los docentes evacuar dudas y re direccionar sus estrategias de enseñanza de acuerdo a las necesidades del grupo y sus potencialidades.

La comunicación también debe alcanzar a las autoridades de la carrera quienes tienen el deber de clarificar las condiciones de funcionamiento ¿hay un límite de estudiantes para mantener vigente la cursada?, de ser así ¿qué mecanismos se prevén para asegurar que los estudiantes puedan seguir con sus estudios y cómo pueden reorganizarse las funciones docentes para ser optimizadas en el dictado de otros contenidos, en actividades de formación continua o en otras misiones de la universidad tales como investigación y/o extensión?

3. CAMBIAR DE ROL

El alumno de primer año de enfermería debe incorporar una amplia gama de conocimientos teóricos-prácticos, abstractos y concretos, recursos actitudinales que comenzará a integrar y lucir durante sus primeras experiencias prácticas, muy cerca del mismo ingreso. Para ello, es invaluable que logre crearse un clima de contención y seguridad lo que puede alcanzarse utilizando la modalidad aula – taller a fin de potenciar la incorporación de contenidos y la explicitación de dudas y temores.

La constitución de un grupo de tarea, basado en el marco teórico de aprendizaje cooperativo, genera simetría entre los miembros que lo componen promoviendo la escucha activa y favoreciendo el proceso de atención. Esta metodología también refuerza el sentimiento de pertenencia y referencia a fin de facilitar la cohesión para el mejor cumplimiento de las distintas actividades asignadas. El rol docente se expande al de facilitador –coordinador más que al de proveedor de conocimientos, muy clásico en el primer año.

Se ha de procurar fomentar un gran número de interacciones entre los alumnos y entre estos y el profesor porque los miembros de los grupos se encuentren cómodos y dispuestos a sumir intelectual y emocionalmente lo que supone una verdadera dinámica de discusión académica.

Cuando los estudiantes perciben seguridad por parte de los docentes en vez de asombro y preocupación por la deserción, a la vez que logran sentirse más unidos, generan mecanismos de defensa eficaces que les permiten controlar las ansiedades y resolver los conflictos.

4. MEDIR LOS RESULTADOS

Los resultados de estas experiencias deben medirse cuanti y cualitativamente para lograr un mayor conocimiento sobre el fenómeno y su perfeccionamiento.

Actualmente, nuestro país requiere un alto número de enfermeros/as con una elevada formación y capaces de asumir los desafíos de la profesión. Por ello, todos los esfuerzos que realicen los docentes por sostener a los estudiantes en el sistema y perfeccionar el perfil de egreso deben valorarse en términos de resultado y reconocerse como un aporte a la formación académica.

Conclusiones

Los docentes universitarios nos encontramos muchas veces preocupados dirigiendo nuestras planificaciones a un estudiantado numeroso, tratando de atender los riesgos sobre la calidad de la enseñanza en condiciones de masividad. Sin embargo, que los grupos se reduzcan también acarrea preocupaciones que necesitan ser resueltas y que a diferencia de las anteriores pueden mantenerse latentes provocando ansiedades y conflictos tanto en docentes como en estudiantes.

Existen datos que nos permiten prever cuando los grupos pueden reducirse drásticamente derivando en grupos reducidos pequeños que, a diferencia de los otros requieren un tratamiento específico y pueden llegar también a desarrollar un gran potencial.

Cuando esto sucede es muy importante que los docentes no resulten aislados en el intento de sostener el enfoque tradicional basado en la transmisión, que reciban información y capacitación para afrontar estos cambios, al tiempo que ganen experiencia en llevar adelante el proceso de enseñanza. Este proceso no solo les exige destreza didáctica y conocimiento científico sino acompañamiento emocional y acercamiento personal a cada estudiante, lo que podrán llevar adelante con mayor facilidad si trabajan en equipo y encuentran recursos institucionales que los apoyen.

Bibliografía

- Crosby, J. (1996). *Aprendizaje en Grupos Reducidos. Medical Teacher* vol 18 n°3.
- García de Fanelli, A (2015). *La cuestión de la graduación en las universidades nacionales de la Argentina:*
- *Indicadores y políticas públicas a comienzos del siglo XXI. Propuesta Educativa* Número 43 – Año 24 – Jun. 2015 – Vol1 Págs. 17 a 31.
- March, A. F. (2005). *Nuevas metodologías docentes. Talleres de Formación del profesorado para la Convergencia Europea impartidos en la UPM.*
- Soto Vercher, M. (2012). *La formación de enfermería en el nivel universitario problemática del ingreso. - 1a ed. - San Luis : Nueva Editorial Universitaria - U.N.S.L.*

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE). UNA EXPERIENCIA UNIVERSITARIA.

Autor:

Serdarevich, Ursula

Licenciatura en Enfermería

Universidad ISalud

Contacto:

userdarevich@isalud.edu.ar

Resumen

El campo disciplinar de la enfermería en la Argentina ha experimentado numerosos cambios en el curso de los últimos 20 años. La introducción de las nuevas tecnologías, los avances en los estudios y las oportunidades de participación en carreras de postgrado ha obligado a las instituciones académicas a modificar la oferta curricular. En este contexto, los educadores juegan un papel privilegiado para introducir a los estudiantes en cuestiones epistemológicas relativas a la profesión e incluir el proceso de atención de Enfermería como herramienta identitaria.

El objetivo del artículo es relatar la experiencia de la autora con un grupo de 5 estudiantes del tercer año de la Licenciatura en Enfermería (Universidad ISalud), en la asignatura "Enfermería y la Salud Integral del Hombre y la Mujer" que aborda la realización del Proceso de atención de enfermería (PAE) con una metodología combinada basada en el andamiaje (tutorial) y el aprendizaje colaborativo.

Palabras claves: estudios de caso – proceso de atención de enfermería (PAE) – aprendizaje colaborativo.

Introducción

El proceso de atención de enfermería (PAE) es una herramienta que utiliza la metodología de resolución de problemas y el pensamiento crítico, descubre relaciones y hace predicciones sobre fenómenos (1).

Los enfermeros tratan las respuestas humanas a los problemas de salud utilizando modelos teóricos y taxonomías diagnósticas (2). El PAE incluye la valoración física, el diagnóstico, los objetivos, las intervenciones (cuidados) y la evaluación. Mediante el juicio clínico y la presencia de problemas reales (y potenciales) Enfermería planifica los cuidados para una gestión adecuada en salud.

La currícula de Enfermería incluye la incorporación y uso del PAE desde etapas tempranas de la formación académica. Datos provenientes de investigaciones (3) muestran que las dificultades que encuentran los estudiantes para su realización persisten a lo largo de la carrera de grado y conspiran contra la búsqueda de principios cohesionadores profesionales.

En este sentido, pueden señalarse barreras que son una amenaza para la introducción del PAE en el campo académico referidas a:

- cuestiones didáctico/ pedagógicas
- uso con particiones
- dificultades en la interpretación de la taxonomía enfermera (NANDA) y modelos teóricos de Enfermería;
- puesta en acción del pensamiento hipotético en el proceso diagnóstico;
- barreras idiomáticas (lectura, traducción e interpretación).

Las tecnologías de la información y comunicación son valiosos aliados en la incorporación de tecnología para la utilización de herramientas profesionales dado que facilitan el acceso, búsqueda, selección y uso de información pertinente.

Modelos teóricos de la Enfermería resaltan la importancia de la relación terapéutica como pilar en la atención de salud (4). Conocer las historias de vida permite centrar los cuidados en el sujeto y analizar la narración que el individuo realiza sobre sus experiencias. El relato de una vida es el resultado de múltiples redes de relaciones que los grupos humanos utilizan día a día (5).

El PAE incorpora las narrativas, el estudio de caso y las historias de vida en las etapas de valoración, planificación, intervención y evaluación. Permite la inclusión de diversos métodos que giran en torno a los datos biográficos aportados por el individuo (6).

La atención holística propone desafíos al profesional en torno a la selección de datos, construcción de categorías e interpretación (7) del material recolectado acorde con la fase de planeamiento.

El Proceso de Atención de Enfermería es multimetódico (lat. methodus). Si bien incluye un fuerte componente cualitativo, incorpora elementos del tratamiento cuantitativo (mediciones fisiológicas, valores de laboratorio, antropometría) en las fases de valoración, ejecución y evaluación de los cuidados planificados.

La enseñanza de esta herramienta identitaria profesional se transforma en un desafío para los docentes universitarios de Enfermería. Demanda la vinculación entre la teo-

ría y la práctica, no obstante lo cual se presenta como un laberinto de difícil recorrido para los estudiantes de grado. Esta situación puede provocar frustración, abandono y utilización del PAE en forma rutinaria sin visualizar las virtudes y características de una herramienta versátil y flexible.

Generar herramientas que ayuden a los educadores de Enfermería en el desarrollo de los futuros profesionales se convierte en una meta compleja, que incluye no sólo las habilidades didáctico / pedagógicas, sino una preparación académica en los fundamentos epistemológicos y los marcos teóricos disciplinares.

Vincular estrategias identitarias con la práctica clínica de una profesión favorece generar principios cohesionadores y ubicar al estudiante como protagonista activo de un proceso gradual de aprendizaje teórico y metodológico.

Materiales y métodos

La asignatura "Enfermería y la salud integral del hombre y la mujer" forma parte del segundo cuatrimestre (tercer año de estudios) de la Licenciatura en Enfermería (Universidad ISalud). Tiene por objetivo la aplicación del PAE como metodología para el abordaje de necesidades presentadas por el hombre y la mujer (8).

Los estudiantes informaron durante la cursada (2015) la existencia de dificultades para la organización de la información, búsqueda, selección y evaluación de los PAE solicitados.

En carácter de evaluación formativa, se organizó una tarea de desarrollo cuatrimestral que involucraba la selección de un caso vinculado a la temática de la asignatura y la realización de un trabajo monográfico (tipo historia o línea de vida) que incluyera un PAE en la estructura. El objetivo era que las estudiantes pudieran integrar los aspectos tratados en el curso con la experiencia clínica y poner en juego recursos de metodología de la investigación (especialmente las referidas al pensamiento crítico).

Se estableció un cronograma de tres entregas (modalidad virtual) a lo largo del curso y una entrega en papel el último día de clases con la presentación oral de los diagnósticos enfermeros. La defensa completa del trabajo monográfico tuvo lugar en la primera fecha de examen final (turno diciembre, 2015).

Los objetivos de un trabajo de estas características consistían en:

- vincular la teoría y la práctica mediante la elección de un caso que podía provenir de la vida cotidiana/familiar del estudiante o de la práctica clínica;
- indagar la historia natural de la enfermedad que ayuda a conceptualizar la idea de "enfermedad" como resultado de la interacción de factores biopsicoemocionales y sociales;
- proponer un enfoque holístico de los cuidados propio del carácter de la metodología utilizada;
- utilizar terminología profesional en la expresión del caso;
- fomentar el pensamiento crítico en el uso de herramientas profesionales;
- aplicar la resolución de problemas como estrategia de trabajo.

El cronograma a desarrollar en cada entrega se presenta seguidamente:

Entrega	Contenido
PRIMERA	Introducción a la problemática. Fundamentación de la elección del individuo/caso. Modelo teórico elegido para la realización del P.A.E.
SEGUNDA	Historia natural de la enfermedad. Revisión de literatura científica actualizada.
TERCERA	Antecedentes del individuo. P.A.E según modelo teórico seleccionado (fundamentar elección).
FINAL	Presentación en formato papel del trabajo. Presentación oral (15 minutos) sobre los diagnósticos y la fundamentación del modelo teórico seleccionado.

Cuadro I. Contenidos por entregas (Serdarevich, 2015)

El cuadro número I fue confeccionado como parte de un instructivo enviado a los estudiantes por email el primer día de cursada. El documento incluía objetivos, información sobre entregas, bibliografía recomendada y normas generales para la confección del trabajo integrador.

Se adjuntó una separata bibliográfica en formato papel con textos introductorios como guía.

La primera, segunda y tercera entregas fueron enviadas por los estudiantes a la docente vía email. El sistema de corrección empleó la función "comentarios" del procesador de texto. Aprobadas las instancias señaladas, el estudiante estaba en condiciones de presentar la exposición final.

Algunas dificultades observadas en los estudiantes fueron:

- selección de material bibliográfico pertinente;
- vinculación entre los conceptos teóricos y el caso elegido (diversidad de fuentes consultadas, imprecisiones en el uso de términos, relación con el conocimiento profesional);
- redacción académica (citas, apartados, estilo, etc.);
- distinciones entre intervenciones profesionales independientes (autónomas) e interdependientes (acordadas con otros profesionales);
- tendencia a reflejar aspectos de salud en paradigmas cartesianos (9);
- omisión de esquemas de orden interpretativo (10);
- conocimiento limitado sobre modelos de Enfermería aplicables al caso elegido.

De las 5 (cinco) estudiantes, 4 (cuatro) defendieron y aprobaron su trabajo y 1 (una) no aprobó el curso por motivos ajenos a la realización de la tarea. Se programó un simulacro de defensa con el grupo el último día de clase donde se presentó sólo el plan de cuidados de Enfermería. Fue invitado a la defensa el docente a cargo de la práctica hospitalaria. Si bien la muestra es pequeña permite

avizorar dificultades en dicha aproximación metodológica. El examen final contó con la presencia de la Coordinadora de la Licenciatura. Se estima que la presentación frente a otros docentes calificados, a la titular del curso y a los pares, empodera al estudiante para la participación en equipos interdisciplinarios de salud.

Aprobados los exámenes finales, se envió por vía email a las estudiantes un cuestionario que tenía por objetivo registrar las percepciones acerca del trabajo integrador y las potencialidades del PAE como herramienta profesional, garantizando el anonimato y confidencialidad de las respuestas.

El completamiento fue la autoadministración (tres de las cuatro estudiantes lo completaron y enviaron por email). El instrumento comprendía una primera parte con afirmaciones en una escala de 4 puntos tipo Likert (1= muy de acuerdo, 4= en desacuerdo). La segunda parte consistía en 3 (tres) preguntas abiertas para ser respondidas en forma breve sobre percepciones relativas a la tarea.

El orden de frecuencias de respuesta según la escala Likert arrojó los valores:

	1	2	3	4
El TP final me permitió lograr mayor dominio de la tarea	2			1
Redactar la monografía me resultó dificultoso	1	1		1
Fue complicado buscar la bibliografía	1			2
Dudé para organizar la información	1		1	1
La realización de un TP de este tipo ayuda al trabajo en equipo	1	1		1
Las tutorías del docente son necesarias para mejorar la producción	2			1
El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) fortalece la identidad profesional	2			1
El TP estimuló mi compromiso con el trabajo	2			1
Es importante incluir este tipo de trabajos en la formación universitaria	2			1

Cuadro II. Frecuencia de respuestas (Serdarevich, 2016)

Entre las dificultades encontradas en la realización del trabajo integrador, las estudiantes manifiestan la búsqueda bibliográfica y dudas para organizar la información. Las ventajas del uso de la metodología hacen referencia

al rol tutorial docente para la mejora de la producción, el uso del PAE como herramienta identitaria profesional, el compromiso con la formación y la importancia de la inclusión en la currícula.

Las tres preguntas abiertas eran las siguientes:

1. Luego de haber realizado la monografía, se considera en condiciones de enseñar el uso del PAE a otros (colegas, estudiantes de Enfermería, compañeros de estudio)?

Estudiante 1: *Este tipo de monografías amplía la capacidad de los profesionales de buscar métodos y estrategias a la hora desempeñar las actividades de Enfermería de acuerdo al tipo de patologías y las necesidades de los pacientes no solamente desde un enfoque de enfermedades sino de aquellas necesidades psicosociales de los pacientes, familiares, cuidadores y el equipo de salud que trabajan conjuntamente.*

Estudiante 2: *si.*

Estudiante 3: *Creo que sería capaz de explicar la metodología, pero la realidad es que falta práctica.*

2. ¿Qué obstáculos enfrentó en la preparación del trabajo? ¿Qué medidas propone para evitarlos?

Estudiante 1: *Fue mi primera experiencia en este tipo de estrategias, en mi caso particular fue de gran ayuda y lo que me facilitó la investigación y posterior confección de la monografía.*

Los obstáculos encontrados fueron que debería implementarse este tipo de estrategias desde el inicio de la carrera

en todas las materias de Enfermería lo que agrega un valor fundamental a la hora de la investigación.

Principalmente desarrollar este tipo de estrategias tanto en la práctica como en materias teóricas lo que ampliaría la capacidad de expandir los conocimientos de los estudiantes y profesionales. Como además medidas tendientes a que los alumnos puedan ver a los pacientes en su integridad biopsicosocial no solo en sus patologías.

Estudiante 2: *organizarme con los tiempos.*

Estudiante 3: *el uso de diagnósticos, ejemplo NANDA.*

3. Mencione dos (2) ventajas del uso de esta estrategia como favorecedora de la integración de los contenidos teóricos con la práctica integrada.

Estudiante 1: *a. Que el trabajo se realiza por etapas, lo que facilita la confección del mismo.*

b. Las correcciones minuciosas de la monografía permitieron realizar un trabajo de calidad, acorde a los requerimientos de la materia.

Estudiante 2: *a. conocer del paciente más exhaustivamente sus necesidades y acerca de la enfermedad que estaba cursando.*

b. recaudar y organizar la información a cerca de la patología y las necesidades del paciente y así poder categorizar, planificar, ejecutar y evaluar las acciones.

Estudiante 3: *Identificar las necesidades alteradas y sus priorización con respecto a otras acciones secundarias.*

Resultados

Uno de los aspectos que concitó la atención del docente fue que los casos elegidos por las estudiantes en algunos aspectos (sociales, profesionales, vinculares, historia de la enfermedad/hospitalizaciones) se relacionaban con sus situaciones vitales.

En lo relativo al uso del PAE como herramienta identitaria, se observan discrepancias entre el aprendizaje (considerado dificultoso) con la importancia asignada al desarrollo profesional. La situación se reitera en la pregunta abierta que hace referencia a la posibilidad de enseñarlo a compañeros. Las estudiantes señalan la importancia del rol docente/tutor como mediador en la situación de aprendizaje. También puntualizan las virtudes de la metodología para identificar necesidades, priorizar cuidados y evaluar resultados.

Pareciera que no se visualizan claramente las ventajas de una óptica multimetódica enmarcada en el paradigma interpretativo, si bien se alude a la importancia del conocimiento de la patología.

Conclusiones

Indagaciones previas al presente trabajo (3), encontraron respuestas similares en lo referido al PAE como herramienta identitaria, pero de difícil acceso/uso/apropiación por parte del estudiante.

Vincular las adquisiciones de la práctica clínica con los modelos teóricos de Enfermería y herramientas metodo-

lógicas profesionales (PAE) continúa siendo un desafío para los docentes. Generar consenso en los recursos didácticos adecuados para tal fin es uno de los problemas que encontramos en la tarea educativa.

La multiplicidad de enfoques, paradigmas y tensiones que debiera ser una instancia enriquecedora tiende a desorientar a los estudiantes y a desalentarlos en esta perspectiva.

Comprender las ventajas de la utilización de métodos mixtos para la cotidianeidad de Enfermería aparece como una sinuosa ruta que, sin la guía docente, puede resultar un mar embravecido de difícil navegación.

El educador se convierte en brújula y andamio, ayudando a zarpar por los a menudo tormentosos océanos profesionales. Pero es, sin duda, un viaje que vale la pena emprender.

Incorporar las percepciones de los estudiantes respecto al rol docente, los modelos profesionales y estrategias innovadoras para el uso de herramientas con historia disciplinar es una meta que las currículas deberían contemplar. Amenazas a la utilización de esta metodología incluyen comisiones numerosas de estudiantes, escasos recursos de accesibilidad y uso del lenguaje digital, tiempos de cursada prolongados, falta de manejo de idiomas (que permiten ampliar la masa crítica). La demanda por parte del docente acerca de la implementación del PAE determina una responsabilidad en su actualización/formación en el uso dinámico de la metodología.

El paradigma interpretativo (10) en ámbitos asistenciales y académicos de Enfermería permite posicionar la profe-

sión como actor clave en la mejora de la calidad de vida poblacional. Del mismo modo, la epistemología ayuda a analizar conceptos como cuidado y asistencia.

Formar nuevos profesionales que se posicionen como intelectuales críticos de la atención en salud se fundamenta en considerar a la Enfermería como una profesión de alto valor social.

Referencias Bibliográficas

- (1). Burns N & Grove SK. Investigación en Enfermería. Desarrollo de la práctica basada en la evidencia. Madrid: Elsevier, 2003.
- (2). North American Nursing Diagnosis Association, NANDA. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. Madrid: Elsevier, 2014.
- (3). Mosca AM, Serdarevich U. Impresiones de un grupo de estudiantes sobre el Proceso de Atención de Enfermería (PAE). En: 15° Congreso Internacional de Medicina Interna del Hospital de Clínicas. 19 – 22 de Agosto de 2014. Publicado en Actas con referato. Sheraton & Convention Center. Buenos Aires: Argentina, 2014.
- (4). Tomey AM. Joyce Travelbee. Modelo de relación persona a persona. En: Tomey, A.M & Alligood MR. Modelos y Teorías en Enfermería. Quinta Edición. Madrid: Elsevier, 2003.
- (5). Mallimaci F, Giménez Béliveau V. 5: "Historias de vida y métodos biográficos". En: Vasilachis de Gialdino I [comp]. Estrategias de Investigación Cualitativa. Barcelona: Gedisa, 2013.
- (6). Chase SE (2015). Capítulo 25. Investigación narrativa. Multiplicidad de enfoques, perspectivas y voces. En: Denzin NK & Lincoln YS. Manual de Investigación Cualitativa. Vol. IV: Métodos de recolección y análisis de datos. Barcelona: Gedisa, 2015.
- (7). Neiman G, Quaranta G. 6: Los estudios de caso en la investigación sociológica. En Vasilachis de Gialdino I [comp], Estrategias de Investigación Cualitativa. Barcelona: Gedisa, 2013.
- (8). Universidad Isalud. Programa de la asignatura "Enfermería y la salud integral del hombre y la mujer". Buenos Aires: Argentina, 2012.
- (9). Capra F. Las Conexiones Ocultas. Implicaciones Sociales, Medioambientales, Económicas y Biológicas de una Nueva Visión del Mundo. Nueva York: Anagrama; 2003.
- (10). Vasilachis de Gialdino I [comp]. Estrategias de investigación cualitativa. Barcelona: Gedisa, 2013.

Desafíos

Enfermería & Educación / Diciembre 2015