

DESAFÍOS

ENFERMERÍA Y EDUCACIÓN



AEUERA

NÚMERO 8

EDICIÓN DIGITAL

 UNIVERSIDAD ADVENTISTA DEL PLATA ESCUELA DE ENFERMERÍA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD	 INSTITUTO UNIVERSITARIO GEMIC CARRERA LIC. EN ENFERMERÍA	 UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CENTRO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES CARRERA LIC. EN ENFERMERÍA ESCUELA REPUBLICA DE CIENCIAS DE LA SALUD	 UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ENTRE RÍOS CARRERA LIC. EN ENFERMERÍA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA VIDA Y LA SALUD	 UNIVERSIDAD FAVALORO CARRERA DE ENFERMERÍA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS	 UNIVERSIDAD DE MORÓN Facultad de Ciencias de la Salud Licenciatura en Enfermería
 INSTITUTO UNIVERSITARIO DEL HOSPITAL ITALIANO CARRERA LIC. EN ENFERMERÍA	 UNIVERSIDAD NACIONAL DE CATAMARCA CARRERA LIC. EN ENFERMERÍA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD	 INSTITUTO DE ENSEÑANZA SUPERIOR DEL EJÉRCITO CARRERA LIC. EN ENFERMERÍA	 UNIVERSIDAD NACIONAL DE VILLA MARÍA CARRERA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA INSTITUTO ACADÉMICO PEDAGÓGICO DE CIENCIAS HUMANAS	 UNIVERSIDAD NACIONAL DE MISIONES ESCUELA DE ENFERMERÍA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD	 UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PAMPA Facultad de Ciencias Exactas y Naturales Licenciatura en Enfermería
 UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES CARRERA DE ENFERMERÍA UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD	 UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA ESCUELA DE ENFERMERÍA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS	 UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUYO ESCUELA DE ENFERMERÍA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD	 UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NOROESTE CARRERA LIC. EN ENFERMERÍA FACULTAD DE MEDICINA	 UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO ESCUELA DE ENFERMERÍA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS	 UNIVERSIDAD NACIONAL DE VILLA MERCEDES Escuela de Ciencias de la Salud Licenciatura en Enfermería
 UNIVERSIDAD NACIONAL DE ENTRE RÍOS DE CONCEPCIÓN DEL URUGUAY ESCUELA DE ENFERMERÍA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD	 UNIVERSIDAD NACIONAL DE SALTA CARRERA DE ENFERMERÍA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD	 UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PATAGONIA SAN JUAN BOSCO DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA FACULTAD DE CIENCIAS NATURALES	 UNIVERSIDAD AUSTRAL ESCUELA DE ENFERMERÍA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS	 UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUCUMÁN ESCUELA DE ENFERMERÍA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD	 UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud Licenciatura en Enfermería
 UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS CARRERA DE ENFERMERÍA	 UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA ESCUELA DE ENFERMERÍA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL	 UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO ESCUELA DE ENFERMERÍA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS	 UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PATAGONIA AUSTRAL CARRERA LIC. EN ENFERMERÍA	 UNIVERSIDAD NACIONAL DE QUILMES CARRERA LIC. EN ENFERMERÍA DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES	 UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN CARRERA DE LIC. EN ENFERMERÍA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN UNIDAD INTERMEDIARIA DE SALUD
 UNIVERSIDAD NACIONAL DE RÍO CUARTO ESCUELA DE ENFERMERÍA FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS	 UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN LUIS CARRERA DE ENFERMERÍA	 UNIVERSIDAD NACIONAL DE SANTIAGO DEL ESTERO LICENCIATURA EN ENFERMERÍA FACULTAD DE HUMANIDADES, CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD	 UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SUR CARRERA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA SALUD	 INSTITUTO UNIVERSITARIO ITALIANO DE ROSARIO CARRERA DE LIC. EN ENFERMERÍA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD	 UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NOROESTE DE BUENOS AIRES Escuela de Ciencias de la Salud Licenciatura en Enfermería
 UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA CARRERA DE LIC. EN ENFERMERÍA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA UNIDAD INTERMEDIARIA DE SALUD	 UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES CARRERA DE LIC. EN ENFERMERÍA UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES UNIDAD DE CIENCIAS DE LA SALUD	 UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRES DE FEBRERO CARRERA DE LIC. EN ENFERMERÍA UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRES DE FEBRERO UNIDAD DE CIENCIAS Y SERVICIO SOCIAL	 UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA MATANZA CARRERA DE LIC. EN ENFERMERÍA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA MATANZA UNIDAD DE CIENCIAS DE LA SALUD	 UNIVERSIDAD NACIONAL DE FORMOSA CARRERA DE LIC. EN ENFERMERÍA UNIVERSIDAD NACIONAL DE FORMOSA UNIDAD DE CIENCIAS DE LA SALUD	 UNIVERSIDAD ISALUD Ciencias de la Salud Licenciatura en Enfermería
 UNIVERSIDAD NACIONAL DE AVELLANEDA CARRERA DE LIC. EN ENFERMERÍA UNIVERSIDAD NACIONAL DE AVELLANEDA UNIDAD DE CIENCIAS DE LA SALUD	 UNIVERSIDAD NACIONAL ARTURO JAURETCHÉ CARRERA DE LIC. EN ENFERMERÍA UNIVERSIDAD NACIONAL ARTURO JAURETCHÉ UNIDAD DE CIENCIAS DE LA SALUD	 UNIVERSIDAD NACIONAL DEL LITORAL ENFERMERÍA PROFESIONAL UNIVERSIDAD NACIONAL DEL LITORAL UNIDAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL	 UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN JUAN CARRERA DE LIC. EN ENFERMERÍA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN JUAN UNIDAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL	 UNIVERSIDAD NACIONAL DE JOSÉ C. PAZ CARRERA DE LIC. EN ENFERMERÍA UNIVERSIDAD NACIONAL DE JOSÉ C. PAZ UNIDAD DE CIENCIAS DE LA SALUD	 USAL UNIVERSIDAD DEL SALVADOR Facultad de Medicina Licenciatura en Enfermería

AUTORIDADES



ISSN 2591-5436

PRESIDENTE:

LIC. VIVIANA B. AGUILAR
UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CENTRO DE LA PROV. DE
BUENOS AIRES
(UNCPBA)

VICE-PRESIDENTE I:

MG. JUANA SIGAMPA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
(UNC)

VICE-PRESIDENTE II:

LIC. CARLOS PORTAL
UNIVERSIDAD NACIONAL DE SALTA
(UNSA)

SECRETARIA:

LIC. ANA S. LEIDI
UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SUR
(UNS)

PRO SECRETARIA:

LIC. JOSÉ MOLINA
(CEMIC)

TESORERO:

LIC. MARÍA MARGARITA RABHANSI
UNIVERSIDAD AUSTRAL
(U. AUSTRAL)

PRO TESORERA:

MG. DOLORES LATUGAYE
UNIVERSIDAD AUSTRAL
(U AUSTRAL)

VOCAL I:

LIC. KARINA ESPÍNDOLA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE QUILMES
(UNQ)

VOCAL II:

LIC. MARINA PASINATO
UNIVERSIDAD NACIONAL DE ENTRE RÍOS
(UNER)

COMISIÓN REVISORA DE CUENTAS INTEGRADA POR:

LIC. LUCILA MONZÓN VALVERDE
UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
(UNR)

MG. GLADYS P. ROBLEDO
UNIVERSIDAD ADVENTISTA DEL PLATA
(UAP)

MG. NIEVE CHAVEZ
UNIVERSIDAD NACIONAL DE SALTA
(UNSA)

SUMARIO

2

Nuevos enfoques en el proceso de aprendizaje para el cuidado enfermero: Una mirada desde la educación biocéntrica y el conocimiento de terapias alternativas.

Viviana Aguilar, Marcela Gibert

14

Acreditación y calidad. El caso de la Licenciatura en Enfermería.

Julieta Gómez, José Molina, Aníbal Ávila

31

Concepto de Distancia Óptima. Una revisión desde y para Enfermería

Laura Fernanda Álvarez

40

Medicinas no convencionales: Cuando los sujetos deciden sobre su salud.

Grinspon Diana, Leal Johanna, Ramirez Yamila, Bravo Omar, Espíndola Karina

49

Descripción del bienestar espiritual de adultos jóvenes del municipio de Libertador San Martín en el año 2018

Jasmin Tito



ISSN 2591-5436

DESAFÍOS

ENFERMERÍA Y EDUCACIÓN
2019

EDITORIAL

Una vez más nos encontramos para ofrecer desde un espacio científico las experiencias e investigaciones de los profesionales de la enfermería de nuestro país. Nos complace presentar el octavo número de la Revista Desafíos, el órgano de difusión de la Asociación de Escuelas Universitarias de Enfermería de la República Argentina. El tema central es el vínculo entre Enfermería y Educación, aspecto central para todo los países en procesos de transformación educativa latinoamericana y caribeña.

El mundo plantea nuevas exigencias en el campo de la salud, razón por la cual resulta de suma relevancia avanzar en el desarrollo investigativo disciplinar en sus distintos ámbitos de incumbencia, reconociendo la necesidad de generar conocimiento con sentido y significado para el conjunto de la enfermería, la cual además se sostiene desde la importancia de potencializar la experiencia construida a lo largo de las últimas décadas.

Este nuevo número nos encuentra con cuatro artículos que abordan temáticas relacionadas con el cuidado de enfermería desde distintas perspectivas y un artículo relacionado con el ámbito de la gestión educativa relacionados con los procesos de acreditación.

Es de mi interés recordarles que la revista ha sido concebida con el principal objetivo de tender puentes comunicativos capaces de generar un intercambio de opiniones, que recoja lo mejor de estas experiencias y nos permita continuar creciendo.

NUEVOS ENFOQUES EN EL PROCESO DE APRENDIZAJE PARA EL CUIDADO ENFERMERO: UNA MIRADA DESDE LA EDUCACIÓN BIOCÉNTRICA Y EL CONOCIMIENTO DE TERAPIAS ALTERNATIVAS.

Autores: Lic. Prof. Viviana Aguilar - Lic. Marcela Gibert



RESUMEN

El presente artículo plantea una propuesta educativa desarrollada como estrategia para fortalecer la formación de los futuros enfermeros de la Carrera de Licenciatura en Enfermería de la Escuela Superior de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires. Este abordaje propone una nueva mirada en el proceso de aprendizaje del cuidado enfermero que va más allá del modelo biomédico reduccionista y unidireccional. Plantea una

perspectiva más global y holística que permita comprender el fenómeno humano en todas sus dimensiones, impregnado de un enfoque propio, de una visión del mundo y de los fenómenos de su interés disciplinar. Se propuso desde lo académico crear un espacio que diera lugar a presentar asignaturas electivas donde pudieran participar todos los estudiantes que así lo eligieran, un espacio de integración y experimentación, innovador y creativo centrado en la Enfermería Holística

y teniendo como eje la Educación Biocéntrica.

La formación de profesionales de la salud requiere el apoyo de procesos pedagógicos que involucren saberes, actitudes, capacidades y bases teórica propias, apoyadas en la naturaleza de la experiencia, a través de pensamiento reflexivo como herramienta básica para ayudar a reafirmar competencias y habilidades esenciales para el desempeño de la actividad profesional.

La Enfermería Holística nos amplía la mirada y la Educación Biocéntrica pone la vida al centro, acercando este espacio vivencial buscando fortalecer las relaciones grupales, permitiendo ejercitar la auto reflexión en las relaciones que se establecen con los estudiantes, docentes, tutores y sujetos de atención en las diferentes circunstancias que los sujetos sociales atraviesan.

El desarrollo de este abordaje educativo permite fortalecer la aplicación de un modelo de cuidado centrado en el sujeto de cuidado y aporta herramientas a los estudiantes que permitirán abordar al sujeto de cuidado como un ser integral que atraviesa una situación a la que le asigna un significado particular, único e irrepetible.

Palabras claves: Educación biocéntrica, Terapias alternativas, cuidado, enfermería.

INTRODUCCION

“Ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas del cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería”¹

UNA VISIÓN HUMANISTA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

La formación de profesionales de la salud requiere el apoyo de procesos pedagógicos que involucren saberes, actitudes y capacidades. La humanización de las prácticas de cuidado requiere de nuevos enfoques que permitan el desarrollo de acciones transpersonales e intersubjetivas para que logren proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a las personas a encontrar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia y ayudar a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y auto curación.²

El cuidado humano involucra una serie de factores tales como valores, voluntad y un compromiso y conocimiento. Partimos de considerar al cuidado como una relación intersubjetiva que responde a procesos de salud enfermedad, interacción persona - medio ambiente, conocimientos de los procesos de cuidado de enfermería, autoconocimiento, conocimiento del

4 poder de sí mismo y limitaciones en la relación de cuidado con el otro.

La relación que se establece es entre los sujetos que cuidan y el sujeto de cuidado, este proceso interpersonal con una dimensión transpersonal, nos permite conceptualizar al *cuidado* como un fenómeno existencial, relacional y contextual.

El desarrollo de la aplicación de un modelo de cuidado centrado en esta concepción descripta nos permite abordar al sujeto de cuidado como un ser integral que atraviesa una situación a la que le asigna un significado particular, único e irrepetible.

Teniendo en cuenta estas características la persona debe ser valorada teniendo en cuenta la complejidad que lo atraviesa y dentro del marco de la probabilidad y no de la certeza.

Las necesidades humanas serán abordadas desde un enfoque holístico – dinámico que hace la síntesis de los cuatro componentes (biofísico, psicológico, social y espiritual) del conocimiento de la motivación individual y de la adaptación del estado de salud – enfermedad.

¿DE QUÉ HABLAMOS CUANDO HABLAMOS DE CUIDADO HOLÍSTICO?

La palabra holístico proviene de las raíces griegas “holos “que significa todo, es la filosofía de la totalidad o integralidad. De acuerdo con esto el cuidado holístico es una filosofía; es un método para garantizar la atención de todas las partes de una persona.

El profesional de enfermería que aplica una concepción holística es aquel que reconoce y trata a cada individuo teniendo en cuenta la individualidad del mismo, como ser único, particular que se desarrolla en un contexto que le es propio e irrepetible. El mismo tiene una mayor conciencia de la interconexión con uno mismo, los demás, la naturaleza y el espíritu. Este conocimiento favorecería la comprensión de los procesos de salud – enfermedad teniendo influencia en el proceso de curación.

El cuidado bajo el paradigma holístico significa abider al sujeto en todos sus aspectos biológicos, psicológicos, sociales, espirituales, culturales, así como en su interrelación con el entorno.³

1. Watson J. Ponencia del primer Congreso internacional de Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua. [acceso: 18 de junio 2009]. Disponible en: http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza_Jean_Watson. Comentado en: Revista Actualizaciones en Enfermería. 2007; 10(4): 15-21.

2- Watson J. Nursing: the philosophy and science of caring. Colorado: Colorado Associated University Press; 1985.

3. Cibanal JL, Arce SM. ¿Qué aporta la fenomenología a la relación Enfermera-Paciente? *Cultura de los cuidados*. 1997; 1(1): 25-30.

4. K rouac, S., Pepin J., Ducharme F., Duquette, A. y Major, F. (2001). *El pensamiento enfermero*. España: Masson.

Hasta los años cincuenta, en occidente casi todo el mundo creía que el cerebro y la mente eran un compartimiento cerrado y aislado del resto del cuerpo; esta idea confusa sembr  el concepto equivocado de que la mente es una cosa separada del cuerpo y que había que tratarlos también por separado. El resultado de esa separación fue el establecimiento de métodos terapéuticos que tratan el cuerpo o la mente aisladamente, y relegan a un segundo plano al aspecto emocional, que es el factor intermediario entre los dos polos (cuerpo/mente) de la personalidad humana. Esta concepción se ha arraigado tanto en la formación como en la práctica profesional de enfermería, pero hoy, con los problemas que presenta la población –como bajo nivel de salud, inaccesibilidad a los servicios, deshumanización en la atención, pobreza y falta de oportunidades para el desarrollo de la vida–, se está proponiendo un cambio en ese paradigma.

El paradigma de la transformaci n⁴ ofrece una apertura social hacia el mundo para brindar cuidados de salud creativos, orientados a incrementar la interacción positiva de la persona con su entorno; este concibe el cuidado tal como la persona lo entiende, y entonces la intervención de

enfermería con esta orientación se enfoca en dar respuesta a las necesidades sentidas, desde una perspectiva holística, respetando sus valores culturales, creencias y convicciones, para el éxito de los cuidados, la satisfacción y el bienestar de la persona en su integralidad.

Watson⁵ identifica los fundamentos filosóficos del cuidado partiendo de la fenomenología; afirma que el cuidado está constituido por acciones transpersonales e intersubjetivas que buscan: proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a la persona a encontrar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia, y ayudar a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y autocuración. Todo ello radica en la forma particular en que construyen una relación dialéctica compartiendo lo que denomina un campo fenoménico o aquel ámbito donde dos personas se hacen presentes con su singularidad y su biografía, y crean una experiencia compartida que llegar  a formar parte de la historia de vida de ambos y que influirá en el futuro .

Los cuidados holísticos, en este sentido, deberán propiciar el ambiente requerido por cada persona para mantener su salud, a través de una se-

6 rie de prácticas que no necesariamente tienen que ser impuestas por la medicina científica que rige el capitalismo existente, sino de todas aquellas que surgen en la cotidianeidad para preservar la vida y luchar contra la enfermedad y la muerte.

Mientras los síntomas físicos están siendo tratados, la enfermería holística se enfoca también en cómo el individuo está percibiendo cognitivamente y manejando emocionalmente la enfermedad, su efecto en las relaciones familiares y sociales y en los recursos económicos, los valores y creencias culturales y espirituales de la persona, las preferencias hacia el tratamiento, y el significado de esta experiencia para la vida de la persona. En este sentido, la teoría de Martha Rogers aporta un marco distinto e innovador en la aplicación del cuidado desde el paradigma de la transformación, donde el enfermero debe tener una disposición de apartarse de lo tradicional y habilidad para proporcionar un cuidado creativo que involucre modelos de atención no invasivos, como relajación, meditación, masoterapia, digitopresión y reiki, visualización, escribir un diario, el humor, la hipnosis, la música, el descanso, la dieta y el ejercicio, entre otras.⁶

Este concepto holístico del cuidado de la salud es muy significativo porque le otorga importancia a los otros aspectos que han sido excluidos de la definición de la OMS, especialmente al componente emocional y espiritual. Sin estos dos componentes es imposible alcanzar un óptimo estado de salud.

Así, el proceso de cuidado supone diálogo y construcción de significados compartidos, comprensión, actitud de cuidar al otro; es conexión emocional, perceptiva y de sentimientos con un cuerpo de intenciones tácitas y explícitas, es decir, un mundo vivencial y de respeto.⁷

Cuando hablamos de Salud holística tomamos al concepto de salud desde un enfoque que vislumbra todas las dimensiones del ser humano de una manera interdependiente e integrada, como una entidad completa en relación al mundo que le rodea. Se refiere al bienestar físico, psicológico y social, abarcando la esfera subjetiva y del comportamiento. No es la ausencia de alteraciones y de enfermedad, sino un concepto positivo que implica distintos grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo.⁸

Cuidar, desde esta mirada, se puede resumir

5. Watson, J. (1992). Filosofía y teoría de los cuidados humanos en enfermería de Watson. En J. Rhiel-Sisca. Modelos conceptuales de enfermería. Barcelona: Doyma

6. Secretaría de Salud. Los sistemas de atención a la salud: una visión desde la antropología médica y la teoría de sistemas. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES). Consultado el 10 de marzo de 2019 de http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/sistemas_de_atencion.pdf

7. Medina, J. (1999). El cuidado: objeto de conocimiento de la enfermería como disciplina en la pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria de enfermería. Barcelona: Laertes/Pedagogía.

8. Oblitas, L. (2004). Psicología de la salud y calidad de vida . México: Thomson Learning

como: una manera de ser, una manera de mirar, de pensar, de compartir y de participar con el otro y de describir la experiencia que permite al mismo tiempo el conocimiento propio. Es un fenómeno social y cultural, una ciencia social y humana que necesita preparación y conocimiento y sobre todo experiencia de trabajo de campo. Aquí es donde la terapéutica holística tiene cabida en el cuidado profesional: aquellas terapias que a la persona le hacen bien, aquellas en que la persona cree, aquellas que son culturalmente aceptadas son y deben ser promovidas por las enfermeras, por supuesto, siempre desde un marco bioético y legal de la práctica profesional.

Según esta concepción, si los profesionales de la enfermería tenemos que cuidar con una actitud holística, tenemos que combinar varias disciplinas (antropología, sociología, psicología, medicina, entre otras), integrar muchas corrientes de pensamiento (alopatía, homeopatía, naturopatía, etc) y considerar diversas terapias (bioenergética, flores de Bach, cirugía, quimioterapia, etcétera), que nos permitan relacionar el todo como única base posible para desarrollarnos como profesionales del cuidado a la salud. Las terapias anteriormente mencionadas son denominadas Tera-

pias Alternativas y Complementarias, o también se las conoce como Terapias Integrativas.

La tendencia actual es la medicina integrativa, corriente relativamente nueva, originaria de los Estados Unidos, que pretende combinar las terapias convencionales y las terapias complementarias alternativas, de las cuales existen evidencias científicas, contundentes y de alta calidad sobre su seguridad y eficacia. Señala los beneficios de propiciar su interacción sinérgica, independientemente de que partan de marcos conceptuales diferentes.

Se necesita recuperar la visión integral de todas las dimensiones del ser humano y navegar en contracorriente en relación a la mentalidad contemporánea, que va por el camino de la fragmentación y súper-especialización. Modificar nuestra visión del actual paradigma que nos habla de enfermedad o medicamento. Identificar que el concepto de salud no es el mismo de antaño, ni siquiera el de hace sólo unas décadas. Ha ido variando a lo largo del tiempo, adaptándose a los nuevos conocimientos a los que el ser humano ha ido accediendo en su devenir evolutivo, algo que inevitablemente supuso

8 romper los límites del marco de referencias del momento.

A fin de cuentas, basta mirar a nuestro alrededor para comprender que la vida es cambio constante, una transformación en el impulso evolutivo del universo. En la actualidad existe un interés intenso en incluir terapias y prácticas efectivas para la curación provenientes de países y culturas en todo el mundo, para la provisión de la atención a la salud. El mundo se está haciendo cada vez más pequeño; así, es necesario que comprendamos la utilización de las terapias Integrativas y las prácticas propias de varias culturas y poblaciones.⁹

Estos cambios pueden servir para ampliar y profundizar nuestro conocimiento sobre la base de las terapias complementarias y su aplicación. Las terapias complementarias o integrativas, asumen un papel clave en la promoción de la salud, el bienestar y el cuidado. Se han identificado más de 1 800 terapias complementarias y alternativas, así como sistemas de cuidado. Muchas de estas prácticas han sido utilizadas por las enfermeras durante siglos, y en la actualidad un número creciente de este tipo de estrategias está formado parte de los sistemas de cuidado.¹⁰ La movilidad creciente de la sociedad, ya sea a través de

la migración, los viajes entre otros, requiere que los profesionales de la enfermería tengan conocimiento sobre terapias ancestrales aplicadas por muchas personas en todo el mundo, se debe prestar atención a las prácticas de cuidado de la salud de otras cultura de tal manera que las enfermeras puedan adquirir conocimiento y respeto y, de ser posible, las incluyan en su plan de atención.¹¹

De esta forma, la propuesta es brindar en su formación a los estudiantes para que tengan el conocimiento acerca del gran número de terapias complementarias alternativas que encontrarán a lo largo del camino profesional, y que en la actualidad no están contempladas como tales en el plan de estudio de la Carrera. Asimismo, la demanda y el uso de las terapias complementarias por el consumidor siguen incrementándose, por lo cual resulta elemental que los estudiantes obtengan conocimiento sobre tales estrategias, de tal manera que pueda seleccionarlas e incluirlas en su práctica, proporcionar información sobre las mismas a los pacientes, alertarlos sobre posibles contraindicaciones, mantenerse informada sobre la investigación y los lineamientos de la práctica vinculados con las terapias mismas,

9. Haro, J.A. (2000). Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud. En Perdiguero, E. y Comelles, J.M. (eds.). Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina. Barcelona: Bellatera, en prensa. Consultado el 15 de octubre de 2010 de <http://www.colson.edu.mx/salud/Haro/Haro%20-%20Cuidados%20profanos.pdf>

10. Peinado Anton, Carmen. Lorente del Pozo, Paula. (et.al) Problemáticas de las Terapias Alternativas en Enfermería. Revista Electrónica Portales Medicos. (@portalesmedicos.com), Publicado 26 de septiembre de 2016

e incluso incorporar algunas de estas estrategias para su cuidado personal.

La Educación biocéntrica: Un abordaje integral para el estudiante en ciencias de la salud.

La educación biocéntrica nos acerca a este espacio vivencial buscando fortalecer las relaciones del grupo y nos permite ejercitar la auto reflexión en las relaciones que se establecen con los estudiantes, docentes, tutores y sujetos de atención en las diferentes circunstancias que los sujetos sociales atraviesan. Esta visión tiene como paradigma básico el Principio Biocéntrico el cual plantea que toda actividad humana está en función de la vida; sigue un modelo interactivo de red, de encuentro y de conectividad; sitúa el respeto a la vida, no sólo del ser humano sino de todos los seres vivos, como centro y punto de partida de todas las disciplinas y comportamientos humanos.¹²

Esta propuesta ve al educando como sujeto de derechos y con capacidad de construir un conocimiento crítico. Comprende todas las instancias sociales, sobrepasando el ámbito educativo, en la medida en que percibe en todos los espacios sociales posibilidades de aprendizajes y desarro-

llo, ya sea en el ambiente familiar, organizacional, comunitario y/o en movimientos sociales.¹³ La misma busca desarrollar una postura armoniosa de la existencia en el sentido de la cooperación y de la justicia social.

La Educación Biocéntrica es una concepción profundizadora de lo que han planteado los grandes pensadores de la educación en occidente, tales como Montessori, Steiner, Pestalozzi, Piaget, Freire y otros. Considera la construcción del conocimiento crítico a partir del diálogo amoroso que fundamenta el pensamiento de Paulo Freire y agrega el pensamiento complejo de Edgar Morin, particularmente su visión transdisciplinar de la educación.

Ruth Cavalcante refiere que no solo se busca un ser cognitivo sino el desarrollo de su afectividad y su percepción, que le permita generar un compromiso con los otros en un contexto determinado teniendo en cuenta la realidad social en la que se inserta como sujeto. En este contexto “el aprendizaje no se da sólo por el lado cognitivo, sino también por el lado de la percepción, por lo sensorial, por la intuición, en última instancia, por la vivencia; la conciencia se incorpora al ámbito

11. Mariah Snyder, Ruth Lindquist, Manual moderno. Terapias Complementarias y alternativas en Enfermería.

12. Toro Araneda, R. “El principio Biocéntrica: Nuevo paradigma para las ciencias Humanas. La vida como matriz cultural. Editorial Cuarto Propio, Chile, 2014

13. Cavalcante, Ruth La educación biocéntrica como dimensión Social.

Revista América Latina en Movimiento: Educación, justicia social y ambiental 06/02/2014 <https://www.alainet.org/es/active/56777>

10 de la emocionalidad y el mundo vivido del educando pasa a ser lo que mueve su aprendizaje.”

El Principio Biocéntrico pone la vida al centro, y epistemológicamente propone que el Universo sólo existe y evolucionó para que exista y floreciera la vida, tal como la conocemos hoy. La vida así no es un proceso fortuito de éste, sino al revés, la vida y su evolución, es el origen del universo. De esta manera, para el Principio Biocéntrico la vida adquiere un carácter sagrado. Entonces, conectarse con la vida y su evolución es la forma saludable de aprender, crecer y desarrollarse.¹⁵

EXPERIENCIAS EDUCATIVAS A PARTIR DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN

Con la incorporación de las asignaturas electivas a partir del año 2017 como requerimiento de los estándares de acreditación de Carreras de Licenciatura en enfermería se genera la oportunidad de ofrecer ampliar la oferta de nuevos espacios de construcción de conocimiento.

A partir de esta se proponen las asignaturas relacionadas con enfoques integrativos como son

las Terapias Alternativas y la Educación Biocéntrica como forma de abordar a los sujetos de cuidado, grupos y comunidad en las intervenciones que los profesionales de enfermería desarrollan en su quehacer diario. La institución contaba con antecedentes en diferentes espacios de formación en donde el estudiante de enfermería utilizaba las técnicas de la educación biocéntrica en espacios comunitarios, proyectos de extensión y vinculación con el medio y Talleres de Integración así como en el Modulo de Proceso y Practica de la Enfermería en Salud mental en espacios hospitalarios y comunitarios.

La propuesta se centró en brindar a los estudiantes de las carreras de medicina y licenciatura en enfermería herramientas de la educación biocéntrica con el propósito de trabajar en red desde la formación y crear espacios de reflexión sobre las prácticas actuales y las diferentes formas de intervenir teniendo en cuenta la visión del otro para constituirse en facilitadores de este proceso, comprendiendo y poniendo en práctica los principios de la indivisibilidad ontológica y Unicidad de las personas asignadas su cuidado, en todas las etapas del proceso salud-enfermedad.- atención.

15. Idem 1.

16. Sasso, Paula. El error como herramienta de aprendizaje en Reflexión Académica en Diseño y Comunicación N°XXV [ISSN: 1668-1673] Año XVI, Vol. 25, Agosto 2015, Buenos Aires, Argentina

Se partió de una propuesta vivencial en donde el estudiante vivenciar con el otro y se trabajó con el error como un instrumento de aprendizaje. El error como herramienta de aprendizaje posibilita la reflexión en la práctica de cada una de sus prácticas, y según Doberti implica un proceso hipotético-iterativo, que permite construir nuevos modelos y repensar los conocimientos adquiridos, a través de hipótesis. En este proceso no sólo es importante que el estudiante cometa errores al buscar y crear soluciones y respuestas, sino también que el docente ayude a usar esos errores para generar nuevos interrogantes, no desechándolos y corrigiéndolos, sino utilizándolos de base para repreguntar.¹⁶

La participación, colaboración y cooperación, tanto en la relación docente - estudiante, como en la relación entre pares depende del clima que genera el encuentro en donde se debe a los estudiantes expresarse libremente. En la colaboración cada estudiante, desde una posición individual, se comunica y aporta a un desarrollo transindividual. Y en la cooperación el aporte se produce a través de pequeños grupos que deben realizar conjuntamente una tarea.

La organización temática se realiza con un enfoque integral partiendo de contextualizar a la persona como un sujeto histórico, relacional, único, con posibilidad de elegir inserto en un entorno con el que interactúa, al que modifica y lo modifica. Durante una aproximación a la educación biocéntrica el estudiante puede vivenciar diferentes aspectos que contribuyen a la formación profesional, no solo para fortalecer las relaciones vinculares sino también con el propósito de fortalecer su autoestima, su intuición, la cooperación y el aprendizaje.

De esta manera se contribuye a generar un conocimiento entre todos, construido, no recibido. Los esquemas mentales cambian lentamente, y el aula es un gran espacio de transformación. Hay que desafiar intelectualmente a los estudiantes con preguntas y repreguntas, a través de un camino iterativo. En un contexto rico en preguntas y oportunidades, donde no se juzga, la teoría y la práctica son igual de importante, ambas y al mismo tiempo construyen el conocimiento.¹⁷

El docente es un agente de cambio que invita a los estudiantes desde un espacio pensado para la construcción de aprendizaje a desafiar, a in-

12 terpelar, proponer nuevos interrogantes. Según Paulo Freire en su definición de de los niveles de conciencia mágica, ingenua y crítica para entender mejor el concepto de ser del mundo (parte integrante del mismo) y ser en el mundo (ser transformador de la realidad) afirmando que “no existe educación neutra”, en ese sentido la educación se convierte en un acto político, donde es necesario considerar la praxis educativa, las condiciones epistemológicas, en una dimensión ético-política. Para ser democrática, la educación tiene en la participación popular el elemento fundamental para la integración social, ecológica y ambiental del educando.¹⁸

CONCLUSIONES

La experiencia pedagógica permitió conocer una nueva forma de abordar al otro reconociendo que no existe el hombre biológico, desnudo de cultura, de valores. La vivencia pedagógica fue la herramienta que facilitó otra forma de aprendizaje que permitió tanto a los estudiantes como los a los docentes que intervinieron en la misma acercarse al otro, reconocerlo, conocerlo, entenderlo, interpretar el mundo de significados y de valores a través de los cuales construye su mundo. La propuesta tuvo como objetivo que los estudiantes conocieran – vivenciarán una forma de abordar la educación desde una visión integral y ampliar la visión del cuidado teniendo oportunidad de conocer otras “terapias integrativas” que se presentan durante el ejercicio profesional ante la consulta de

enfermería y la práctica asistencial.

Consideramos que la educación no puede quedar ajena de los cambios sociales, políticos y culturales que atraviesan los sujetos que aprenden, enseñan, se relacionan con los otros y construyen conocimiento. En este contexto cambiante se hace necesario generar propuestas innovadoras, creativas, éticas, que permitan al otro vivenciar la oportunidad de sentirse parte del proceso de aprendizaje y faciliten los vínculos en los espacios en donde desempeñen su rol profesional de una manera humanitaria, ética, creativa y colectiva.

BIBLIOGRAFIA

Bain, K. (2007). Lo que hacen los mejores profesores universitarios. Barcelona: Universitat de València.

Bermejo, J.C. (1999). Salir de noche. Por una enfermería humanizada Santander: Sal Térrea.

Cavalcante, Ruth. (2016) La educación biocéntrica como dimensión social. Revista América Latina en Movimiento. Educación, justicia social y ambiental 06/02/2016 disponible en <https://www.alainet.org/es/active/56777>

Cibanal JL, Arce SM. ¿Qué aporta la fenomenología a la relación Enfermera-Paciente? Cultura de los cuidados. 1997; 1(1): 25-30

Duran Villalobos, Maria Me. Enfermería: desarrollo teórico e investigativo . Bogotá: Universidad Nacional, Facultad de Enfermería, p. 29.

Freire, P. (1989): La educación como práctica de la libertad. Madrid: Siglo XXI Editores.

Kérrouac, S., Pepin J., Ducharme F., Duquette, A. y Major, F. (2001). El pensamiento enfermero. España: Masson.

Medina, J. (1999). El cuidado: objeto de conocimiento de la enfermería como disciplina en la pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria de enfermería. Barcelona: Laertes/Pedagogía.

Mijangos-Fuentes Karla Ivonne (2014) El Paradigma Holístico de la Enfermería en Salud y Administración Volumen 1 Número 2 Mayo-Agosto disponible en http://www.unsis.edu.mx/revista/doc/vol1num2/A3_Paradigma_Holistico.pdf

Patterson, J. y Zderad, L. (1990). Enfermería humanística. México: Limus

Sasso, Paula. (2015) El error como herramienta de aprendizaje en Reflexión Académica en Diseño y Comunicación N°XXV [ISSN: 1668-1673] Año XVI, Vol.I Buenos Aires, Argentina

Schön, D. (1992). La formación de profesionales reflexivos: hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones. Barcelona: Editorial Paidós.

Toro Araneda, R. (2014) "El principio Biocéntrico: Nuevo paradigma para las ciencias Humanas. La vida como matriz cultural". Editorial Cuarto Propio, Chile,

Toro Araneda, R. (2014) "La Inteligencia afectiva. La unidad de la mente con el universo". Editorial Cuarto Propio, Chile

Watson J. Ponencia del primer Congreso internacional de Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua. [acceso: 18 de junio 2009]. Disponible en: http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza_Jean_Watson. Comentado en: Revista Actualizaciones en Enfermería. 2007; 10(4): 15-21. [[Links](#)]

Watson J. (1985) Nursing: the philosophy and science of caring. Colorado: Colorado Associated University Press; 1985.

Watson, J. (1992). Filosofía y teoría de los cuidados humanos en enfermería de Watson. En J. Rhiel-Sisca. Modelos conceptuales de enfermería. Barcelona: Doyma

Wiedenbach, E. (1964). Clinical nursing: A helping art . New Cork: Springer. Citado por: Marriner, A. y Raily, M. (1999). Modelos y teorías de Enfermería, 4ª ed. Madrid: Harcourt Brace, pp. 86-98.(24) Carper, B. (1978).

ACREDITACIÓN Y CALIDAD. EL CASO DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA.

Autores: Julieta Gómez¹, José Molina², Aníbal Ávila³

14 RESUMEN

En el periodo 1985-1999 uno de los cambios más significativos en los sistemas de educación superior a nivel global refirió al interés de los gobiernos por introducir sistemas, regímenes y procedimientos de aseguramiento de la calidad educativa a través de diferentes mecanismos de evaluación (1). La aprobación en 1995 de la Ley de Educación Superior estableció un marco regulatorio distinto para las universidades argentinas: modificó la relación con el Estado, implementó nuevos mecanismos de financiamiento y dio lugar a mecanismos de evaluación y acreditación parti-

culares a través de la creación de la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU). Una de las modalidades de evaluación desarrollada en este contexto ha sido el proceso de acreditación de carreras de grado. Este proceso consta de dos etapas, la primera refiere a un proceso de autoevaluación desarrollado por la propia institución universitaria sobre la carrera evaluada, y la segunda, refiere a un proceso de evaluación externa realizado por pares evaluadores convocados por CONEAU. El proceso culmina con un dictamen que elabora la Comisión y que

1. Coordinadora del área de acreditación y evaluación del Instituto Universitario CEMIC, Prof. Asociada en la carrera Licenciatura en Enfermería (Asignatura: Cultura y Sociedad V) y en la carrera de Especialización en Docencia Universitaria en Ciencias de la Salud (Modulo: Evaluación y Acreditación). Contacto julietaclarago@gmail.com

2. Director de la Carrera Licenciatura en Enfermería del Instituto Universitario CEMIC.

3. Jefe de Departamento de Enfermería del CEMIC y Profesor Titular de la Carrera Licenciatura en Enfermería del Instituto Universitario CEMIC.

define por sí o por no la acreditación de la carrera. El objetivo es el aseguramiento de la calidad. Si la carrera no resultara acreditada por CONEAU la institución deberá cerrar su inscripción. El reconocimiento de la importancia del papel de la evaluación en los procesos de enseñanza y aprendizaje parece ser evidente para la comunidad universitaria. Sin embargo, este valor puede verse como dos caras de una misma moneda: positivo, en tanto la evaluación promueve la motivación para seguir aprendiendo y permite regular la enseñanza y el aprendizaje, y negativo, reconociendo que un énfasis excesivo en la acreditación podría conducir a burocratizar el proceso y así avanzar en una carrera meramente certificativa. En la presente investigación se pretende indagar en los procesos de mejora de la calidad asociados a los procesos de acreditación de carreras de grado de interés público a través del estudio del caso de la acreditación de la carrera de Licenciatura en Enfermería.

PALABRAS CLAVES: Acreditación, calidad, autoevaluación, evaluación por pares, CONEAU.

INTRODUCCIÓN

En términos generales, evaluar implica emitir un juicio de valor, supone decir algo respecto al valor del objeto, es decir, a su calidad. Pero tal como sucede con el concepto de *calidad*,

la evaluación ha sido definida de múltiples maneras. Sverdl
lick (2) de una forma muy genérica, establece que es posible distinguir dos perspectivas acerca de la evaluación en los extremos de un abanico de posibilidades y combinaciones: en un extremo la evaluación en el sentido de auditoría, de control y en el otro, evaluación en tanto mejoramiento de la calidad más relacionada con la idea de crear las condiciones para que los actores mejoren su comprensión sobre la realidad institucional, se interroguen acerca de las acciones y los resultados, identifiquen problemas y los comprendan en su contexto. En la primera perspectiva, la evaluación se define en algunos casos, desde una visión predominantemente tecnocrática, donde evaluar es medir calidad y la calidad se mide confrontando resultados con metas y objetivos. Se trata de la evaluación orientada al control, a la rendición de cuentas (accountability) y estimula la competencia por la comparación (assessment). Para la autora, toda evaluación que se plantea desde la utilización de criterios estandarizados, contenidos en indicadores de pretendida validez universal, persigue la homogeneización de las dinámicas institucionales y de los comportamientos docentes. Ese tipo de evaluación es un poderoso instrumento para monitorear la “eficiencia” de los sistemas educativos. Otra perspectiva de la evaluación, entiende que evaluar no es demostrar o presentar hechos que muestren la “eficacia”, dirá que evaluar se orienta hacia la argumentación sobre las circunstancias, los problemas y los logros de lo evaluado. En este sentido, la evaluación ser-

- 16 virá para interpretar, cambiar y mejorar, no para normatizar, prescribir o castigar. Se trata de una actividad de reflexión y crítica.

En el caso argentino, desde mediados de la década del noventa el Ministerio de Educación de la Nación es el encargado de definir, a través de los mecanismos de evaluación que lleva adelante la CONEAU, qué instituciones están en condiciones de llevar a cabo las tareas previstas para una institución universitaria, más allá del tipo de gestión que adopten.

Dentro de la CONEAU, la Dirección de Acreditación concentra las funciones de evaluación y acreditación de carreras y proyectos de grado cuyo ejercicio pudiera comprometer el interés público poniendo en riesgo de modo directo la salud, la seguridad, los derechos, los bienes o la formación de los habitantes (de acuerdo al artículo 43° de la LES). Es decir que las carreras de grado en funcionamiento que han sido declaradas de interés público, deben solicitar su acreditación provisoria a los fines de obtener la validez nacional y el reconocimiento oficial del título por parte del Ministerio de Educación antes de su implementación, y renovar su acreditación en cada convocatoria que, a tal efecto, realiza la CONEAU con una periodicidad de seis (6) años.

Los estándares establecen la carga horaria mínima y conte-

nidos básicos de cada carrera. Son aprobados por el Ministerio de Educación de la Nación a propuesta del Consejo de Universidades, según lo establece la normativa, pero parten de propuestas que son elaboradas por las propias universidades a través de asociaciones de decanos o de facultades y consensuadas en el Consejo Interuniversitario Nacional (compuesto por los rectores de universidades nacionales).

La evaluación que realiza la CONEAU a los fines de la acreditación contemplan requisitos mínimos de calidad en cinco dimensiones: contexto institucional, planes de estudio, cuerpo académico, alumnos y graduados e infraestructura y equipamiento (3).

Cada evaluación está a cargo de Comités de Pares disciplinares convocados por la CONEAU en cada ocasión aunque es de destacar que la nómina de expertos se elabora a partir de las propuestas de las universidades.

La actuación del Comité comprende el análisis del informe de autoevaluación y otras informaciones pertinentes que se produzcan para cada convocatoria, la visita a la sede de la carrera y la elaboración de un dictamen. Sobre la base de todas las actuaciones realizadas y los dictámenes de los pares, corresponde a la CONEAU la decisión final.

Los resultados del proceso pueden ser los siguientes:

- ▶ Acreditación por un período de 6 años: para aquellas carreras que cumplan con el perfil previsto por los estándares.
- ▶ Acreditación por un período de 3 años: para aquellas carreras que:
 - a) aunque reúnan el perfil previsto no tengan un ciclo completo de dictado y, por lo tanto, carezcan de egresados;
 - b) a pesar de no haber logrado el perfil previsto por los estándares, presentan elementos suficientes para considerar que el desarrollo de los planes de mejoramiento permitirá alcanzarlo en un plazo razonable.
- ▶ No acreditación: para aquellas carreras que no cumplan con los criterios de calidad previstos y cuyos planes de mejoramiento sean considerados no factibles o insuficientes para poder alcanzar el perfil de calidad fijado en la resolución ministerial.

Por último, es de destacar que los proyectos relacionados con el diseño de carreras de grado que han sido declaradas de interés público son evaluados por la CONEAU al solo efecto del reconocimiento oficial del título. Es decir, que las universidades deberán realizar primero la acreditación del proyecto de carrera de grado (declarada de interés público) antes de abrir la inscripción de dicha carrera.

Las investigaciones que tienen como objeto de estudio la evaluación de la calidad universitaria vinculadas a la implemen-

tación de mecanismos de evaluación y acreditación tienen un desarrollo relativamente reciente en el caso argentino. Es notable que en los últimos años se estén llevando a cabo trabajos de investigación que pretenden “medir”, de diversas maneras, el impacto de las evaluaciones institucionales y los efectos derivados de la acreditación de carreras de grado y posgrado. En este contexto se enmarca el presente trabajo teniendo en cuenta los aportes de Clark que plantea un enfoque que concentra la atención en el modo en que el sistema mismo determina la acción y el cambio y cuya ventaja radica en que el énfasis está puesto en las respuestas institucionales (4).

Lo interesante del caso argentino es que tal como señala Araujo, conviven dos enfoques de evaluación: por un lado un enfoque comprensivo y centrado en el reconocimiento de las particularidades de los proyectos institucionales de los establecimientos que se refleja en la evaluación institucional; por el otro, un enfoque de carácter comparativo que se observa en la acreditación de carreras de grado y posgrado, en la medida en que cada oferta de formación - que estuviera alcanzada por estos procesos- se compara con referencias externas a la propia carreras, a través de criterios o estándares definidos previamente (5).

Según Buchbinder y Marquina, CONEAU intentó que los dis-

18 positivos diseñados e implementados en los años noventa se vincularan con procesos de mejora de la calidad a través de la posibilidad de presentar planes de mejora en los procesos de acreditación, al crear la opción de la acreditación por tres años con compromisos de mejora o el acceso a financiamiento específico para las universidades nacionales (6). En esta línea, Trotta y Atario también plantean que en Argentina se han realizado ajustes en las políticas de evaluación orientados hacia el mejoramiento antes que el aseguramiento de la calidad (7), aunque para varios autores los cambios no han logrado producir un giro sustantivo (8; 9). Según Aiello por ejemplo, un proceso de control no se vuelve formativo porque incluya “planes de mejora”, ya sea por parte de la institución o de la evaluación externa sino que en todo caso, estos planes de mejora son una forma de ejercer el control para que se cumpla criterios administrativos previamente establecidos (10).

En una investigación focalizada en el caso de una de las universidades de gestión pública más importante del país, Nosi-
glia advierte que a pesar de las dificultades asociadas a los procesos de acreditación, de lo que se trata es de recuperar las prácticas que han resultado satisfactorias, que han generado aprendizaje organizacional y cultura evaluativa, con el fin de recrearlas y de manera creativa construir nuevas que permitan articular las historias de evaluación en las instituciones previas al proceso mismo con las prácticas vinculadas a ella,

optimizando recursos, tiempos y mejorando las acciones (11).

En otra investigación reciente, Corengia concluye que los procesos de evaluación institucional tienen un impacto más leve en las instituciones que los procesos de acreditación de carreras (sobre todo de carreras declaradas de interés público), apuntando que la ausencia de instrumentos de apoyo estatal a la mejora institucional limita el alcance de la política pública, así como la ausencia de “sanciones” (12). Para Fernández Lamarra, Aiello y Grandoli la acreditación, al tener una consecuencia directa (que la evaluación institucional no tiene) ejemplificada en la acreditación (con valoración o no) o en la no acreditación de una carrera de grado o un posgrado, cobra más importancia que la evaluación formativa (13). Sumado esto al hecho de que en el caso de las universidades nacionales, las acreditaciones de grado con proyectos de mejora son financiadas por la Secretaría de Políticas Universitarias. Este aspecto es fundamental para comprender qué tipo de evaluaciones podrán tener más impacto en el sistema universitario argentino: si aquellas que surgen de procesos de autoevaluación o, por el contrario, las provenientes de evaluaciones de control externo asociadas a financiamiento extra.

En palabras de Nosiglia el tipo de evaluación y acreditación universitaria que se desarrolló en la Argentina con la acreditación de las carreras de grado y las de posgrado que incluyen una calificación respondió en un principio al modelo de evaluación para el control. Sin embargo, luego de las primeras rondas de evaluación y acreditación de instituciones y carreras se vio la necesidad de que si se quería contribuir a mejorar su calidad superando los problemas detectados en los procesos de evaluación, se debía desarrollar nuevos instrumentos de políticas para el aseguramiento de la calidad a través de programas y fondos especiales (14).

MATERIALES Y MÉTODO

Como ha sido mencionado el objetivo de esta investigación es indagar en los procesos de mejora de la calidad asociados a los procesos de acreditación de carreras de grado de interés público a través del estudio del caso de la acreditación de la carrera de Licenciatura en Enfermería. Se propone en principio una investigación de tipo descriptiva. La población de estudio de esta investigación son las carreras de Licenciatura en Enfermería que participaron del proceso de acreditación realizado en el año 2017. Los informantes claves son los directores de las carreras acreditadas y los profesionales que oficiaron como pares evaluadores durante el proceso.

Los instrumentos utilizados en esta investigación han sido los

siguientes:

- ▶ Documentos: Ley de Educación Superior, Resolución Ministerial N° 1724/13 y Resolución Ministerial N° 2721/15
- ▶ Encuestas realizadas a autoridades de instituciones universitarias que hayan actuado como directores de carrera de Licenciatura en Enfermería durante el proceso de acreditación realizado en el año 2017.
- ▶ Entrevistas realizadas a autoridades de instituciones universitarias que hayan actuado como directores de carrera de Licenciatura en Enfermería durante el proceso de acreditación realizado en el año 2017.
- ▶ Encuestas realizadas a pares evaluadores que hayan actuado como tales en el proceso de acreditación de la carrera de Licenciatura en Enfermería durante el año 2017.
- ▶ Resoluciones CONEAU sobre la acreditación de las carreras presentadas en la Convocatoria N° 08/2016: el apartado de las recomendaciones.

La Resolución Ministerial N° 1724/13 ha incluido dentro de la nómina del artículo 43 de la ley 24.521 al título de Licenciado en Enfermería. Esto implica que se ha considerado a la enfermería como una profesión que debe ser regulada por el Estado, dado que su ejercicio puede comprometer el interés público poniendo en riesgo de modo directo la salud de los habitantes. Por ello se requiere que se respeten, además de la carga horaria, los siguientes requisitos:

a) Los planes de estudio deberán tener en cuenta los contenidos curriculares básicos y los criterios sobre intensidad de la formación práctica que establezca el Ministerio de Cultura y Educación, en acuerdo con el Consejo de Universidades:

b) Las carreras respectivas deberán ser acreditadas periódicamente por la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria o por entidades privadas constituidas con ese fin debidamente reconocidas.

La Resolución Ministerial N° 2721/15 es la que aprobó los elementos previstos en los artículos 42, 43 y 46, inc. B, de la Ley 24.521 tales como contenidos curriculares básicos, carga horaria mínima, criterios sobre la intensidad de la formación práctica, y estándares para la acreditación, así como la nómina de actividades profesionales reservadas para el título de Licenciado en Enfermería.

Por ello, en 2016 a través de la Res. N° 08/2016, la CO-NEAU convocó a las instituciones universitarias que dictan carreras de Licenciatura en Enfermería a participar del proceso de acreditación con el carácter previsto en el inciso b del artículo 43 y convocó de manera voluntaria a la acreditación por el Sistema ARCUSUR.

En el año 2017 se presentaron 62 carreras a la respectiva convocatoria, 16 de gestión privada y 46 de gestión pública, y se realizaron las dos fases del proceso de acreditación: la autoevaluación y la evaluación externa a través de 53 pares evaluadores.

La primera fase implicó la elaboración del informe de autoevaluación a cargo de cada carrera evaluada. Esta fase significa llevar a cabo una intensa tarea de interpretación de un conjunto de elementos que interactúan configurando la realidad particular y significativa de esa carrera y que tiene el potencial de ser una herramienta importante de transformación siempre y cuando sea un proceso de carácter constructivo, participativo y consensuado; y más aún si es una práctica permanente y sistemática que permita detectar los nudos problemáticos y los aspectos positivos.

La segunda fase consistió en la evaluación externa a cargo de un comité de pares evaluadores seleccionados por CO-NEAU para tal fin (profesionales de reconocida trayectoria en el campo de la enfermería que se desempeñan como

profesionales en las instituciones universitarias argentinas propuestos por ellas mismas y seleccionados por CONEAU). La evaluación entre pares puede entenderse como una forma específica de evaluación colaborativa en la que los evaluadores realizan una valoración sobre el proceso o producto de aprendizaje de los evaluados (personas, programas o instituciones). Este tipo de evaluación se puede considerar como una de las formas más efectivas para promover la colaboración y cooperación entre los implicados (15), sobre todo incrementando su intencionalidad formativa (16) fomentando el diálogo, la interacción enriquecedora y la creación de significados comunes con los otros compañeros, docentes o colegas (17).

Para comprender las características que asumió esta fase en el caso bajo análisis es que resulta importante considerar la mirada de los profesionales de la disciplina que se desempeñaron como pares evaluadores durante el proceso de acreditación de las carreras.

Los resultados de la primera etapa de la acreditación fueron presentados por CONEAU en un Panel organizado por AUERA que se tituló “El proceso de acreditación de carreras de Licenciatura en Enfermería” el 28/11/2018 en Ciudad de Buenos Aires. Allí se informó que sin considerar la evaluación de las reconsideraciones el resultado de la primera etapa de la acreditación es el que se expresa en

la siguiente Tabla.

Tabla 01: Resultados de la primera etapa de la acreditación Licenciatura en Enfermería, CONEAU.

Carreras acreditadas por 6 años	Carreras acreditadas por 3 años con compromisos	Carreras no acreditadas	Carreras en evaluación	Total
7	25	21	9	62
11%	40%	34%	15%	100%

Fuente: CONEAU (2018).

Ahora bien, en qué medida estos resultados se relacionan con la mejora de la calidad. ¿De qué modo la acreditación genera procesos de mejora de la calidad en las carreras evaluadas? ¿Las dos fases del proceso de acreditación promueven los procesos de mejora de la calidad? ¿En qué consisten los cambios o mejoras que se gestan durante la elaboración del informe de autoevaluación? ¿Cuál es la mirada de los pares evaluadores sobre esta modalidad de evaluación? ¿Sobre qué aspectos realiza recomendaciones la CONEAU en sus resoluciones? ¿De qué manera las recomendaciones efectuadas por CONEAU se traducen en planes de mejora o se incorporan en los planes estratégicos de las universidades evaluadas? ¿Cuál es la mirada de las autoridades universitarias sobre el proceso de acreditación y sus implicancias en la calidad educativa?

- 22 Para dar respuesta a estos interrogantes se presentan los resultados de las encuestas y entrevistas realizadas.

La mirada de los Directores de carrera sobre el proceso de acreditación

Sobre la primera fase de la acreditación (la autoevaluación) las autoridades de carreras acreditadas confirmaron que la autoevaluación se hizo de manera participativa y se tuvieron en cuenta los aportes y miradas de diferentes actores de la comunidad universitaria (18).

Tabla 02. Actores de la comunidad universitaria que participaron de la primera fase de la acreditación.

Actores de la comunidad educativa que participaron del proceso de autoevaluación	%
Autoridades de la carrera	84.6%
Docentes de la carrera	76.9%
Estudiantes de la carrera	61.5%
Investigadores de la carrera	46.2%
Egresados de la carrera	38.5%

Fuente: elaboración propia

En las entrevistas en profundidad, los directores manifestaron que para la elaboración del informe de autoevaluación (primera fase) se organizaron comisiones de trabajo específicas (de autoevaluación) además de las comisiones de revisión curricular de la que participaron integrantes de la comunidad universitaria. En otros casos, mencionan que se consultó la

opinión de todos los claustros a partir de encuestas o talleres de trabajo.

En relación a si tuvieron autonomía respecto de las autoridades de la universidad para completar la información requerida por CONEAU, el 84.6% de los encuestados contestó “Sí, absolutamente. Si bien recibí sugerencias pude decidir libremente como autoridad de la carrera”.

No obstante durante esta fase, las autoridades advirtieron dificultades que se repiten en distintos casos. Entre las más destacadas se encuentran las dificultades vinculadas a la cantidad de información y la falta de personal técnico y administrativo capacitado para el proceso.

Tabla 03. Dificultades identificadas por las autoridades de carrera durante la primera fase de la acreditación.

Dificultades en la primera fase	%
Dificultades vinculadas a la cantidad de información	69.2%
Falta de personal técnico y administrativo capacitado para el proceso	53.8%
Dificultades para que los docentes carguen sus fichas	46.2%
Dificultades para obtener toda la información requerida por CONEAU	38.5%
Problemas técnicos para la carga de los datos	30.8%
Falta de tiempo disponible para realizar semejante tarea	30.8%

Fuente: elaboración propia

Ahora bien, cuando se indagó sobre los aspectos positivos de la primera fase de la acreditación la respuesta fue categórica: el 92% refiere haber elaborado planes de mejora.

Tabla 04. Aspectos positivos identificados por las autoridades de carrera durante la primera fase de la acreditación.

Aspectos positivos de la primera fase	%
Elaborar planes de mejora	92%
Apreciar las fortalezas de la carrera y tomar conocimiento de lo que es necesario cambiar	84.6%
Obtener mayor información sobre la carrera	76.96%
Identificar debilidades, mostrarlas y compartirlas	69.2%
Permitió conocer en profundidad el cuerpo docente de la universidad: cantidad, categorías, dedicaciones, formación pedagógica, formación de posgrado, situación de revista.	53.8%

Fuente: elaboración propia

Además, se consultó a los directores de carreras a través de las entrevistas y de las encuestas si durante el proceso de acreditación se tomaron decisiones para mejorar las debilidades identificadas.

En las entrevistas todos los directores manifestaron haber modificado el plan de estudios de la carrera que dirigen en función de los estándares definidos en la resolución ministerial. En esos casos, las modificaciones estuvieron centradas en la adecuación de la carga horas de las sub-áreas, la incorporación de asignaturas electivas y la incorporación o modificación de la práctica integrada en el primer ciclo, en el segundo ciclo o en ambos. No obstante, según los entrevistados, las modificaciones trajeron aparejadas algunas dificultades asociadas a

la implementación del cambio de horas (ajuste o incremento según materia) y al cambio de titularidad de algunos docentes.

A la hora de identificar los déficits de cada carrera, los entrevistados indican que no surgieron dificultades ni grandes discusiones: la comunidad educativa sabía con claridad cuáles eran los aspectos a mejorar. Los entrevistados destacaron el desarrollo de la investigación, mejoras en el equipamiento y la infraestructura y el seguimiento de graduados.

En el marco de las entrevistas las decisiones son más amplias tal como se refleja en la siguiente Tabla.

Tabla 05. Implicancias de la primera fase en las decisiones adoptadas para mejorar las debilidades identificadas según autoridades de carrera encuestadas.

Implicancias en las decisiones adoptadas para mejorar las debilidades identificadas en la primera fase	%
Ayudó a definir la incorporación de actividades de extensión para la carrera	61.5%
Ayudó a definir la incorporación de actividades de investigación para la carrera	61.5%
Permitió mejorar los instrumentos de evaluación que utilizan las asignaturas	61.5%
Permitió mejorar el seguimiento de graduados	61.5%
Permitió identificar la necesidad de actualizar el plan de estudios	53.8%
Ayudó a definir la incorporación de actividades de transferencia para la carrera	38.5%
Permitió mejorar la situación de la biblioteca en relación a la cantidad de libros, acceso a revistas científicas o recursos informáticos	38.5%

24

Permitió incrementar el presupuesto destinado a infraestructura y equipamiento	38.5%
---	--------------

Fuente: elaboración propia.

Solo un encuestado indicó que “no se tomaron decisiones para mejorar las debilidades identificadas”.

También se consultó a los directores de carreras de qué manera define el proceso de acreditación a través de una serie de afirmaciones. La respuesta es positiva en términos generales pero es posible identificar dos miradas sobre el proceso tal como se percibe en las tablas siguientes:

Tabla 06. Valoración sobre la acreditación como modalidad de evaluación que sirve para mejorar la calidad de las carreras evaluadas según autoridades de carrera encuestadas.

Valoración sobre la acreditación de carreras	Acuerdo
Sí, totalmente	69%
En alguna medida sí	31%
No	0%

Fuente: elaboración propia.

En palabras de algunos de los entrevistados la acreditación mejoró la calidad de la carrera en la siguiente forma:

“Pienso que ordenó procesos, mejoró los contenidos del área de comunitaria, nos ayudó a incorporar un largo período de prácticas en el 2° ciclo, pero fundamentalmente creo que nos ayudó a fortalecer la concepción de la carrera como un

todo y no como dos partes”.

Tabla 07. Opinión sobre la acreditación de carreras como modalidad de evaluación según autoridades de carrera encuestadas.

Opinión sobre la acreditación de carreras	Acuerdo
La acreditación es un proceso muy necesario que nos permite a las autoridades conocer las características actuales de la carrera y tomar decisiones para mejorarla.	53.8%
La acreditación es un proceso laborioso pero necesario para garantizar un piso de calidad en las carreras universitarias.	46.2%
La acreditación es “pura burocracia”.	0%
La acreditación es un procedimiento diseñado para controlar lo que hacen las universidades pero no sirve para mejorar la calidad de las carreras.	0%

Fuente: elaboración propia.

“El camino recorrido para llegar a la acreditación es un logro de toda la comunidad educativa [...] Fue un proceso por momentos desgastante pero satisfactorio con un claro objetivo compartido. Los aspectos puntuales que más destaque fue una revisión y ordenamiento de todos nuestros procesos propios de la formación universitaria y específica a nuestra carrera, que comienzan desde la difusión, el ingreso, la continuidad y seguimiento del alumno, la selección y ampliación de campos prácticos, propuestas de formación docente, hasta los acuerdos con el comité de revisión ética de protocolos de investigación, entre otros”.

“Sí contribuyó: Nuevo Plan de Estudios. Nuevos cargos do-

centes. Organización de grupos de trabajos acorde a las necesidades detectadas por la Comisión de Seguimiento Curricular, entre otras”.

LA MIRADA DE LOS PARES EVALUADORES DE CARRERA SOBRE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN

A fin de conocer la opinión de los profesionales que actuaron como pares evaluadores en el caso de la acreditación de la Licenciatura de Enfermería se realizó una encuesta (19) en la que se les consultó sobre el proceso de acreditación y sus efectos en la calidad educativa. Se consultó puntualmente como creían que las universidades habían completado el informe de autoevaluación (primera fase); si durante la visita (segunda fase) pudieron constatar si la universidad tomó decisiones para mejorar su calidad, si las carreras evaluadas adecuaron sus planes de estudios a la Res. Min. N° 2721/15 de estándares y si las carreras evaluadas identificaron déficits y elaboraron planes de mejora. Para finalizar se consultó si consideran que la acreditación de carreras genera mejoras en la calidad educativa de las carreras evaluadas.

Sobre la manera en que se elaboró el informe de autoevaluación de las carreras que pudieron evaluar, los pares evaluadores encuestados refieren experiencias diversas, tal como se refleja en la siguiente tabla.

Tabla 08. Participación y elaboración del informe de autoevaluación (primera fase de la acreditación) según pares evaluadores. Acreditación Lic. en Enfermería 2018.

Elaboración del informe de autoevaluación	%
De manera participativa y consensuada por los diferentes integrantes de la comunidad universitaria.	30%
De manera solitaria con participación exclusiva de las autoridades.	30%
En algunos casos de manera participativa en otros casos no.	30%
No tuve información al respecto.	10%

Fuente: elaboración propia

En la siguiente tabla se puede apreciar que la mayoría de los pares evaluadores pudo constatar que las carreras evaluadas tomaron decisiones para mejorar su calidad durante la primera o segunda fase del proceso de acreditación. El 30% indicó que todas las carreras evaluadas informaron las decisiones que permitieron mejorar la calidad en el informe de autoevaluación, el 30% que lo manifestaron durante las entrevistas y el 30% indicaron que las carreras evaluadas informaron las decisiones que permitieron mejorar la calidad en ambos momentos de la acreditación. Solo el 10% de los pares evaluadores encuestados manifestó que solo algunas carreras evaluadas tomaron decisiones para mejorar su calidad.

Cuando se consultó a los pares evaluadores sobre los aspectos en los que la carrera evaluada mejoró, la respuesta fue diversa tal como se expresa en la siguiente tabla.

Tabla 09. Aspectos en los que mejoró la carrera evaluada durante el proceso de evaluación por función universitaria según pares evaluadores.

Decisiones tomadas por las carreras evaluadas para mejorar su calidad por tipo de función	%
Gestión	30%
Docencia	30%
Investigación	20%
Extensión	0%
Otros (responsabilidad, compromiso)	20%

Fuente: elaboración propia.

También se consultó a los pares evaluadores si las carreras que tuvieron que evaluar habían adecuado sus planes de estudio a la Resolución Ministerial de Estándares para la Licenciatura en Enfermería N° 2721/15. El 60% contestó que sí: todas las carreras evaluadas adecuaron su plan de estudios a la Res. Min. 2721/15, el 30% contestó que algunas de las carreras que evalué lo hicieron y otras no y solo el 10% de los pares evaluadores respondió que ninguna de las carreras evaluadas adecuó sus planes a la Res. 2721/15.

Además se consultó a los pares evaluadores si las carreras evaluadas habían identificado déficits/debilidades y si habían elaborado planes de mejora. El 50% de los pares evaluadores menciono que todas las carreras evaluadas identificaron debilidades y elaboraron planes de mejora y el otro 50% indicó que algunas de las carreras evaluadas lo hicieron y otras no.

Por último, se preguntó a los pares evaluadores su opinión sobre la acreditación de carreras y su impacto en la calidad educativa según pares evaluadores. La respuesta, al igual que en el caso de los directores de carrera es contundente: la gran mayoría tiene una mirada positiva sobre el proceso de acreditación.

Tabla 10: Opinión sobre la acreditación de carreras y su impacto en la calidad educativa según pares evaluadores.

Opinión sobre la acreditación y su impacto en la calidad de las carreras evaluadas	%
La acreditación de carreras genera procesos de mejora.	70%
La acreditación de carreras promueve procesos de mejora pero su efectiva implementación depende de las autoridades de cada carrera/universidad.	30%
La evaluación institucional no promueve la calidad.	0%
No lo sé	10%

Fuente: elaboración propia.

SISTEMATIZACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES EFECTUADAS A LAS CARRERAS ACREDITADAS

Hemos mencionado anteriormente los resultados de la primera etapa de la acreditación de la carrera de Licenciatura en Enfermería: 7 (siete) carreras fueron acreditadas por 6 (seis) años (no identificaron déficits), 25 (veinticinco) fueron acreditadas por 3 (tres) años con compromisos de mejora (identificaron déficits y presentaron planes de mejora), 21 (veintiún) carreras no fueron acreditadas y 9 (nueve) se encuentran en evaluación.

En el caso de las 25 carreras que fueron acreditadas por 3 (tres) años –carreras que identificaron sus déficits y elaboraron planes de mejora adecuados para subsanarlos en un plazo razonable-, resulta interesante destacar de qué se tratan esos déficits tal como se indica en la siguiente tabla.

Tabla 11. Déficitos identificados en el proceso de acreditación según informe CONEAU 2018.

Déficitos identificados en el proceso de acreditación	Cant. De carreras	%
Insuficiente dedicación para desarrollar actividad de investigación y de extensión	27	58.7
Insuficiencia o desactualización del acervo bibliográfico.	21	45.7
Insuficiente formación de posgrado.	17	37
Inadecuación en la implementación de las actividades de formación prácticas, Insuficiencia carga horaria en su desarrollo.	17	37
Formación inadecuada o formación insuficiente para desarrollar las actividades de gestión del responsable de la carrera.	16	34.8
Insuficiente o escasas actividades de investigación y de extensión.	16	34.8
Problemas de carga del instructivo CONEAU global.	16	34.8
Falta de contenidos mínimos, incumplimiento de carga horaria.	14	30.4
Ausencia de convenios para desarrollo de actividades de formación practica	13	28.3
Ausencia de política institucional para el desarrollo de las actividades de investigación y de extensión.	11	23.9
Inadecuados o inexistentes mecanismos de seguimiento y actualización de graduados.	11	23.9

Fuente: CONEAU (2018).

De las resoluciones de acreditación publicadas se puede constatar que los planes de mejora están en estrecha re-

lación con los déficits identificados durante la acreditación, siendo los más comunes aquellos compromisos vinculados con el desarrollo de líneas de investigación vinculados a la enfermería y desarrollados por docentes de la carrera que sean licenciados en enfermería y no colegas de profesiones afines (implica un aumento de las dedicaciones docentes). De igual manera es posible advertir compromisos vinculados al desarrollo de actividades de extensión a cargo de los docentes de la carrera que además destacan el potencial pedagógico de estas actividades (también trae aparejado un incremento de las dedicaciones docentes). En segundo lugar los compromisos refieren a mejorar la formación disciplinar y docente del cuerpo de profesores de las carreras a través del financiamiento de becas de posgrado y de la organización de espacios de formación pedagógica. En tercer lugar, se asumen compromisos vinculados a garantizar la carga horaria completa de las actividades de formación prácticas obligatorias y a garantizar la formación de los contenidos mínimos.

CONSIDERACIONES FINALES

Si tenemos en cuenta la manera en que se desarrolló el proceso de acreditación de la Licenciatura en Enfermería, la mirada de las autoridades a cargo de las carreras evaluadas, la mirada de los pares evaluadores que participaron y los resultados del proceso en términos de compromisos asumidos es posible advertir que la acreditación per se no garantiza

- 28 la mejora de la calidad pero sí genera las condiciones necesarias para que la mejora se produzca superando el sentido de auditoría y de control tradicional que se le adjudica a las evaluaciones con estándares.

La mayoría de las autoridades de carrera consultadas valoró positivamente el proceso de acreditación. El 69% consideró que la acreditación mejora la calidad *totalmente* y el 30% que lo hace *en alguna medida*. Cuando se pidieron mayores precisiones, el 54% consideró que *la acreditación es un proceso muy necesario que le permite a las autoridades conocer las características actuales de la carrera y tomar decisiones para mejorarla* y el 46% que *la acreditación es un proceso laborioso pero necesario para garantizar un piso de calidad en las carreras universitarias*.

En una proporción similar, el 70% de los pares evaluadores consultados consideró que *la acreditación genera procesos de mejora* y el 30% que *la acreditación promueve procesos de mejora aunque su efectiva implementación depende de las autoridades de cada carrera/universidad*.

Del análisis realizado surge que el proceso de acreditación de la Licenciatura en Enfermería que se implementó en 2017-2018 en nuestro país promueve procesos vinculados a la mejora de la calidad, al menos, durante la primera fase.

Sucede que en la primera fase de la acreditación, la elabora-

ción del informe suministra información útil que le permite a la institución evaluada obtener un diagnóstico más preciso a partir de la validación de sus datos y el análisis presente en la autoevaluación. Este diagnóstico es un insumo valioso para la gestión: para diseñar las acciones de cambio que le permitan mejorar sus procesos y resultados en procura de la calidad educativa. Muchas de estas acciones se han traducido en decisiones que se tomaron en el momento de la autoevaluación o con posterioridad al informe de los pares evaluadores y se han expresado a través de los planes de mejora. La autoevaluación entonces es una práctica que permite conocer, comprender y explicar cómo funciona una carrera, esto puede servir para cambiar o transformar distintos aspectos y contribuir así, al mejoramiento de sus características. En otras palabras, la autoevaluación puede considerarse como un momento en la vida institucional de la universidad evaluada que permite observar y analizar el camino recorrido y decidir cómo continuar en un futuro; por ello es tan importante.

La segunda fase de la acreditación no ha concluido aún pero hasta el momento podemos decir que el 11% de las carreras que participaron del proceso de acreditación cumplieron con el perfil previsto por los estándares. El 14% continúa en evaluación. El 34% no ha cumplido con los estándares de calidad definidos en la resolución ministerial ni ha podido elaborar planes de mejora para subsanarlos en un plazo de

tiempo razonable. Esto implica que para este grupo de carreras el proceso de acreditación no permitió mejorar su calidad más bien permitió identificar la gravedad de sus déficits y las dificultades asociadas a su subsanación. Y finalmente, el 40% de las carreras evaluadas ha elaborado planes de mejora. El resultado de la implementación de estos planes no puede conocerse todavía pero sabemos que han iniciado ese camino. Será necesario realizar un estudio longitudinal para conocer sus implicancias en la mejora de la calidad.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) CINDA: (2007). Educación Superior en Iberoamérica. Informe 2007. Santiago de Chile: Centro Interuniversitario de Desarrollo.
- (2) Sverdlick, I. (2001). La evaluación universitaria. La calidad como asunto político. Revista Páginas del área educación de la Universidad Católica de Uruguay. Montevideo, 2. Uruguay.
- (3) CONEAU. (2012). La CONEAU y el Sistema Universitario Argentino. Buenos Aires: CONEAU.
- (4) Clark, B. (1991). El sistema de Educación Superior. Una visión comparativa de la organización académica. México: Universidad Autónoma Metropolitana (UAM).
- (5) Araujo, Sonia (2007). Evaluación institucional y cambio universitario. Un difícil proceso de reconstrucción. En Evaluando la evaluación. Políticas universitarias, instituciones y actores en Argentina y América Latina. Buenos Aires: Prometeo.
- (6) Buchbinder, P. (2008). Masividad, heterogeneidad y fragmentación: el sistema universitario argentino 1983-2007. Buenos Aires: Biblioteca Nacional.
- (7) Araujo, Sonia y Trotta, Lucía (2011). La acreditación de las Ingenierías: configuración compleja en la institucionalización de la política, en Revista Archivos de Ciencias de la Educación, 5, (5). La Plata: Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad Nacional de La Plata.

- 30 (8) Chiroleu, A.; Iazzetta, O. (2009). La política universitaria en la agenda de gobierno de Kirchner. En Políticas, instituciones y protagonistas de la universidad argentina. Buenos Aires: Prometeo Libros.
- (9) Dias Sobrinho, J. (2006). Acreditación de la educación superior en América Latina y el Caribe. En: La Educación Superior en el Mundo 2007. Acreditación para la garantía de la calidad ¿qué está en juego? Global University for Innovation-GUNI, Ediciones Mundi-Prensa, Madrid.
- (10) Aiello, M. (2017). Repensando la evaluación y el aseguramiento de la calidad universitaria en la Argentina el Siglo XXI. En La agenda universitaria III. Propuestas de políticas y acciones. Buenos Aires: Universidad de Palermo.
- (11) Nosiglia M. C. (2010). Elementos para el Análisis y Discusión de la problemática de la Evaluación y Acreditación Universitaria. Buenos Aires: Secretaría de Asuntos Académicos. UBA Documentos para la Gestión.
- (12) Corengia, A. (2015). El impacto de la CONEAU en universidades argentinas. Estudios de casos. Buenos Aires: Editorial Teseo.
- (13) Fernández Lamarra N; Aiello, M. y Grandoli, M. (2013). ¿Evaluación para la mejora? La evaluación institucional en las Universidades Argentinas. En Estudios de Política y Administración de la Educación. Caseros: Eduntref.
- (14) Nosiglia, M. C. (comp.). 2013. La evaluación universitaria. Buenos Aires. EU-DEBA.
- (15) Prins, F.J., Sluijsmans, M.A., Kirschner, P.A. & Strijbos, J-W. (2005). Formative peer assessment in a CSCL environment: a case study. *Assessment & Evaluation in Higher Education*, 30, 417-444.
- (16) Falchikov, N. & Goldfinch, J. (2000). Student peer assessment in higher education: a metaanalysis comparing peer and teacher marks. *Review of Educational Research*, 70, 287-322.
- (17) Elwood, J. & Klenowski, U. (2002). Creating communities of shared practice: the challenges of assessment use in learning and teaching. *Assessment & Evaluation in Higher Education*, 27, 243-256.
- (18) Se consideraron las opiniones de las autoridades de carreras a través de una encuesta autoadministrada en formato digital. La encuesta se envió a las autoridades de todas las carreras que desarrollaron este proceso. La encuesta fue diseñada a través de la aplicación de Google Form y se distribuyó a través del correo electrónico. La base de datos fue construida a partir de los datos de contacto publicados en fuentes oficiales (Ministerio de Educación de la Nación y el Consejo de Rectores de Universidades Privadas). La encuesta se aplicó en octubre de 2017. De las 62 autoridades de carreras, 13 contestaron la encuesta: el 21%. La muestra no es representativa, la selección fue al azar.
- (19) Se consideraron las opiniones de los profesionales que actuaron como pares evaluadores a través de una encuesta autoadministrada en formato digital. La encuesta fue diseñada a través de la aplicación de Google Form y se distribuyó a través del correo electrónico. La base de datos fue construida a partir de los datos de contacto publicados en fuentes oficiales (Universidades, Ministerio de Educación de la Nación y el Consejo de Rectores de Universidades Privadas). La encuesta se aplicó entre los meses de enero y mayo de 2018. De las 53 autoridades de carreras, 10 contestaron la encuesta: el 20%. Se analizaron los resultados de 10 encuestas contestadas por profesionales de reconocida trayectoria que se desempeñaron como pares evaluadores durante el proceso de acreditación de la carrera de Lic. en Enfermería. La muestra no es representativa, la selección fue al azar.

CONCEPTO DE DISTANCIA ÓPTIMA. UNA REVISIÓN DESDE Y PARA ENFERMERÍA

Autora: Laura Fernanda Álvarez

1- Licenciada en Enfermería.
Enfermera Maternidad. Sa-
natorio de la Trinidad. Buenos
Aires, Argentina.
2- Licenciada en Enfermería.
Enfermera UCI. Clínica Ciarec,
Argentina.
3- Licenciada en Enfermería
Enfermera UCI. Hospital Mu-
nicipal San Carlos. Argentina.
4- Licenciada en Enfermería
Enfermera Internación. Sana-
torio de la Trinidad. Buenos
Aires, Argentina.
5- Licenciada en Enfermería
Enfermera Neonatología
Sanatorio de la Trinidad. .
Buenos Aires, Argentina.
6- Magister. Docente Investi-
gación. Escuela de Enfermería
Universidad Austral
Mail de contacto: Morales
Morelli Daniela – dmorelli@
iecs.org.ar , carolinacovezzi@
gmail.com

RESUMEN

El siguiente trabajo está basado en un ensayo teórico empírico, que se realizó en el marco de la materia Trabajo Final de la carrera de Licenciatura en Enfermería, de la Universidad Nacional del Sur en el año 2017.

En el mismo se intenta deconstruir el concepto de *distancia óptima*, adoptado por enfermeras y enfermeros, además de la idea de distancia contenida en él.

Enrique Pichón Rivière introduce el concepto de *distancia óptima* para el trabajo grupal y operativo, es decir, utiliza este concepto con el propósito de ser utilizado como una de las herramientas fundamentales para la relación con los grupos, “como mecanismo de defensa” para evitar la angustia que genera identificarse con lo que le pasa al sujeto estudiado. En sus propias palabras:

Toda mi teoría de la salud y la enfermedad mental se centra en el estudio del vínculo como

32 estructura. La adaptación activa a la realidad, criterio básico de salud, será evaluada según la operatividad de las técnicas del yo (mecanismos de defensa). Su uso pluridimensional, horizontal y vertical, adaptativo, operacional y gnoseológico, en cada aquí y ahora, o sea en forma situacional a través de una planificación instrumental, debe ser tomado como signo de salud mental, que se expresa por un "bias" o desviación escasa del modelo natural. Esto es posible a través de una primera fase, que podemos llamar teórica, realizada a través de técnicas de percepción, penetración, depositación y resonancia (empatía), en la que el objeto es reconocido y mantenido a una distancia óptima del sujeto (alteridad)" (Pichón Rivière, E; 1978: 15).

Sabemos que Enfermería parece "apropiarse" de este concepto para enunciar la relación interpersonal entre profesional/ sujeto de cuidado, que implica llevar a cabo un rol operativo. En este trabajo se buscan evidencias bibliográficas que expliciten la intención del concepto y se compara con la información que emerge sobre su significación para Enfermería, cristalizada en el discurso de profesionales de la disciplina. De manera que la finalidad es poder entender dos cuestiones: cómo el concepto *distancia óptima* se convierte en uno de los elementos conceptuales paradigmáticos para representar la relación interpersonal entre enfermeras/os y sujetos de cuidado, y, explorar los matices interpretativos en torno a él.

En enfermería, *distancia óptima* ¿es un concepto bien utiliza-

do a la hora de definir la relación con el sujeto de atención?

PALABRAS CLAVES: Enfermería - distancia óptima - relación terapéutica - cercanía óptima

INTRODUCCIÓN:

DISTANCIA ÓPTIMA. UNA BÚSQUEDA HACIA LA HISTORIA Y EL ORIGEN DEL CONCEPTO

El concepto de *distancia óptima* es uno de los más resonantes al momento de hablar sobre los elementos de la relación terapéutica, entre los cuales están encuadrados otros, también importantes, como lo son, según María Rosa López "[...] capacidad de apego, capacidad de empatía, capacidad de descentramiento, capacidad de continencia, [incluye también *distancia óptima*] actitud de apertura, pensamiento dialéctico" (2013: 7).

Pero la pregunta es ¿qué es *distancia óptima*? En diversas bibliografías se define como ni excesiva cercanía ni excesiva lejanía. José Sívori (2010) define este concepto como una distancia que permite una relación operativa en la cual no interfieran fenómenos internos del profesional y del sujeto de cuidado [el autor hace referencia a cuestiones transferenciales y contra transferenciales] que se dan en toda relación humana y que puedan entorpecer las acciones terapéuticas que deban ser llevadas a cabo (Págs. 1-11).

¿Qué es distancia? Desde la perspectiva de cada uno seguramente tenga un significado diferente de acuerdo con lo que adquirió durante la propia formación. Para quien inicia este transitar en la dimensión histórica de la palabra, tiene una connotación de lejano, “tomar distancia” como sinónimo de alejamiento, y es este concepto el que no entra en sintonía con el trabajo diario que realizamos. Etimológicamente, distancia proviene del latín *distantia* cualidad del *distans*, *distantis*, el que está alejado, participio del presente del verbo “distare” que significa estar lejos, distar.

A lo largo de la búsqueda sobre la historia del concepto de *distancia óptima*, el nombre que más resalta es el de Enrique Pichón Rivièrre, médico psiquiatra, pionero de la Psicología Social en América Latina, y quien en el año 1971 escribió *Los procesos grupales. Del Psicoanálisis a la Psicología Social*, libro donde menciona por primera vez el término de *distancia óptima*. Este libro surge luego de su trabajo en el hospicio de Las Mercedes donde refiere que se encontró con “enfermos” abandonados, aislados, maltratados y sin visitas. Según su experiencia, asevera que gran parte del maltrato provenía de los enfermeros que no tenían conocimientos sobre la enfermedad mental. Tal es así que imparte conocimientos a los profesionales enfermeros del lugar, con lo cual entiende que posteriormente, tuvo como resultado enfermeros que sabían qué decir y cómo actuar y que ayudó a mejorar la atención y el trato con los pacientes (Pichón Rivièrre, E; 1993). En este

lugar es que conforma la técnica de los primeros grupos operativos.

En consulta con un experto en Psicología Social, el mismo sostiene que Pichón Rivièrre toma el concepto de *distancia óptima* del psicoanálisis. Quien alude a este concepto inicialmente es Sigmund Freud, tomando como ejemplo teórico la parábola de los erizos o dilema del erizo de Schopenhauer, y que utiliza en su libro *Psicología de las masas y análisis del yo*. Freud escribe su ensayo en el año 1921, toma este dilema para comprender la relación afectiva de los hombres y refiere con esto que ningún hombre puede soportar un acercamiento demasiado íntimo con los demás.

Pichón Rivièrre es considerado un revolucionario de la psiquiatría, ya que plantea un psicoanálisis desde la relación de vínculo, y rompe con la Psiquiatría tradicional de la época. Plantea una Psiquiatría del vínculo cuyo objeto de estudio son las relaciones interpersonales. Un dato que revela el peso de los despliegues teóricos de Freud al interior de las teorías de Pichón Rivièrre, es el reconocimiento a estos aportes cristalizados en la fundación de la Psicología Social.

Debido a la experiencia de Pichón Rivièrre en el Hospicio y la relación de las/os enfermeros/os con las/os internadas/os, comienza la formación de las/os mismas/os para mejorar los cuidados y favorecer la participación a través de los primeros grupos operativos.

- 34 La idea de grupo operativo para Pichón Rivière tiene que ver con grupos “centrados en la tarea”. Con esto, el autor lo que define es que los grupos operativos están compuestos por las relaciones o vínculos que se generan entre sus integrantes y que se organizan para lograr un determinado objetivo teniendo en cuenta que se ponen en juego las intersubjetividades.

En su libro *El proceso grupal*, Pichón Rivière (1978) plantea que la adaptación de los sujetos tratados debe ser evaluada a través de la operatividad de “las técnicas del yo” o mecanismos de defensa. Es decir, se refiere a la capacidad que tenga quien observa al sujeto de atención para utilizar correctamente estos mecanismos o herramientas y abordar al mismo a través de una planificación instrumental y mediante la empatía en la que el objeto es reconocido y mantenido a una *distancia óptima* del sujeto (Pág.75). Escuchemos al mismo autor:

En su experiencia, el estudiante para conocer al sujeto de estudio debía ponerse en el lugar del paciente, es decir ocupar ese rol, y llevar a cabo esto podría resultar angustiante por el simple hecho de que el sujeto tratado es una persona con trastorno mental, por lo cual también podría resultar peligroso o generar una ansiedad particular, teniendo en cuenta el ámbito ya que se buscaba estudiar la neurosis” (Pichón Rivière, E 1978: 75).

Analizando lo dicho anteriormente por Pichón Rivière, entien-

do que parecía importante implementar como mecanismo protector -pero no desvinculante en términos intersubjetivos- la *distancia óptima*, ya que el propósito era evitar la emocionalidad paralizante de identificarse con lo que le pasaba al sujeto que era estudiado en el marco de la salud mental.

Adelantando lo que trabajaré en próximas líneas, podemos decir que existen cuatro teóricas de la Enfermería que describen un modelo conceptual sobre las relaciones interpersonales, basado en la idea de que la Enfermería es una profesión que acompaña al sujeto de atención, dentro de su entorno y para que sea capaz de mejorar su calidad de vida. Bautista Rodríguez (2015) en su trabajo sobre relación terapéutica menciona a tres de ellas: Hildegarde Peplau, Jean Orlando y Joice Travelbee. Además, Salazar Maya y Martínez de Acosta (2008) proponen a Imogene King. Estas cuatro enfermeras propusieron modelos sobre la interacción enfermero/a - “paciente”.

DISTANCIA ÓPTIMA: SU INCORPORACIÓN AL MARCO TEÓRICO DE ENFERMERÍA

En relación al “uso” del concepto *distancia óptima* en Enfermería, habría que decir que el concepto tiene presencia en la disciplina.

Al comienzo de este trabajo, se definió el concepto desde su

etiología hasta su significado en las disciplinas de las ciencias sociales. En relación a Enfermería, pareciera no existir documentos que profundicen el concepto. La búsqueda ha sido difícil debido a la falta de escritos por parte de Enfermería, con los que se pudieran identificar pensamientos y sentimientos con respecto al concepto y a la interpretación que se le da dentro de la disciplina enfermera.

Entonces, aparecería más como un instrumento teórico repetitivo que forma parte de la formación de “buenos” enfermeros, con la intención de que sean operativos y no pierdan el objetivo principal: “el cuidado”. En este trabajo no se busca cuestionar la riqueza de lo implicado en el *cuidado* como objetivo y objeto de trabajo de la disciplina, sino tensionar con la fantasía de un cuidado acotado a intervenciones asépticas.

Esto quiere decir que, como concepto resulta difícil para atravesar las prácticas cotidianas respetando su esencia, pero que sirve como formato teórico para el abordaje de los usuarios durante la formación académica, sin que medie un profundo debate epistémico.

También podría decir que en algunos casos pareciera que se actúa priorizando la idea de *distancia* y en otros la “suma” -en el imaginario- de la palabra *óptima* simplemente aparecería “suavizando” la *distancia*.

Cómo mencionara anteriormente, del análisis de las ideas de

las teóricas enunciadas -realizado para este trabajo-, se desprende que en ninguna de sus teorías aparece el concepto de *distancia óptima* ni otro concepto parecido que se establezca como elemento de las relaciones interpersonales, aun cuando se dedicaran a trabajar cuestiones vinculares.

Para aproximarme a los datos sobre el momento de incorporación del concepto de *distancia óptima* en Enfermería en Bahía Blanca, se recurrió a entrevistas con formato abierto realizadas a cuatro referentes de la disciplina, docentes de la carrera Licenciatura en Enfermería en la Universidad Nacional del Sur. Todas las docentes coincidieron en que, durante la formación en la tecnicatura en Enfermería, no se hablaba de elementos de la relación terapéutica ni siquiera se vislumbraba el concepto. Sin embargo, mencionan que, durante la formación de grado de Licenciatura, alrededor de las décadas del 80 y 90, es que trabajaron estas herramientas y fueron acercándose al concepto de *distancia óptima*.

El proceso de incorporación a la disciplina puede haber estado relacionado con la importancia que tuvieron las experiencias de Pichón Rivière en Rosario y tal vez la creación de las primeras Escuelas de Psicología Social.

En las mencionadas entrevistas en líneas anteriores, las profesionales de la Enfermería afirmaron que la introducción de este concepto fue durante la formación académica de grado en la Universidad Nacional de Rosario. Probablemente, hayan

- 36 sido las primeras voceras enfermeras formadas como licenciadas que trasladaron el concepto a la formación terciaria de la ciudad de Bahía Blanca. Esto puede haber sido también, por un cambio de paradigma en la formación de enfermeras/os profesionales cuando inicialmente se formaban para ser las/os auxiliares del/la médico/a o enfermeras/os con buen nivel técnico, sin importar la relación enfermero/a –“paciente” que en ese momento no se tenía en cuenta.

Ciertamente el significado etimológico de distancia está relacionado con la lejanía, pero también es necesario entender el concepto como Enrique Pichón Rivière quiso definir. En estos términos resulta muy clara Ana Quiroga, dando a luz un concepto que para quienes no realizan una revisión epistémica, tiene connotación de lejanía. La definición propuesta por ella tiene que ver con la distancia emocional, esto que define como una discriminación entre mundo interno y mundo externo, entre el “operador” (enfermero/a) y el/la sujeto abordada/o, para poder cumplir con la tarea: el cuidado, sin des-subjetivarse (Quiroga, A; 1982-1984: 16). Lo difícil de este concepto es la forma de llegar a ese punto medio u óptimo, y que a través de la entrevista a las profesionales enfermeras se ha podido analizar y compartir.

A esta altura me animo a hipotetizar que, es posible que esté operando una reconversión del sentido del concepto de *distancia óptima* por parte de la disciplina enfermera. Reconversión que estaría “acomodando” una mirada tradicional en el

interior de un nuevo formato conceptual, desdibujando así el sentido dialógico que fijaron sus acuñadores. Una forma de legitimar engañosamente la distancia que “mantiene a salvo”. Esto debido a que pesa la idea de un mantenerse alejada/o, en una actitud distante con el “otro”, donde lo que importa como profesional serían las técnicas y el trabajo operativo sin tener en cuenta la mirada y las sensaciones del/a sujeto de atención. Todo esto conllevaría a una mirada del concepto relacionada con una cuestión aséptica (estéril, sin emociones que quedaran expuestas) que aleja a quien desarrolla el rol de cuidador/a de quien es cuidada/o. Aparecería así una connotación de lejanía, que puede estar vinculada con un no implicarse con lo que le pasa al otro y quizás tenga que ver con la formación tecnicista de la que cuesta desprenderse. Estas enunciaciones tan fuertes que me dispongo a compartir surgen de los distintos testimonios de enfermeras/os, de la opinión de colegas en el ámbito laboral y la experiencia vivida por alguna/os profesionales.

En algún momento de la práctica cotidiana y compartiendo vivencias con un colega, surgió el tema de la *distancia óptima* y el trabajo domiciliario. Desde su experiencia y la mía, nos preguntábamos cómo hacer uso de esta herramienta en la labor diaria con los/as “pacientes” y sus familias en sus casas, y coincidimos en la dificultad para ponerlo en práctica. A partir de ese momento, surge el interrogante para este trabajo.

En resumen, en el trabajo diario del/la profesional enfermero/a se establece una relación con la/el usuaria/o a ser cuidada/o, un vínculo en

el cual entran en juego las intersubjetividades, por lo cual la *distancia óptima* -cuando lo que se acentúa es la idea de distancia- pareciera ser una manera de evitar la sobre-exigencia emocional que puede generar ponerse en el lugar del “otro”.

RESUMIENDO...

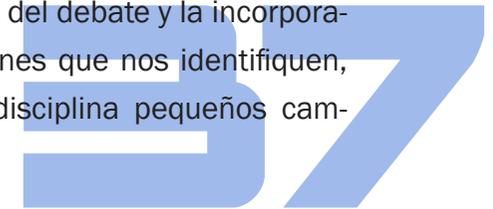
En Enfermería, el concepto es presentado y expuesto como lo define Pichón Riviere, sin embargo, parece que pierde su sentido original ya que puede ser redefinido individualmente por las y los profesionales enfermeras/os según como lo entiendan e incorporen. Esto puede estar dado por la dificultad para definir el “óptimo distar” o punto medio. Por tal motivo, es conveniente plantear la posibilidad de revisar este concepto en la temática académica en Enfermería y proponer nuevos conceptos o alimentar la riqueza del debate.

La cuestión aquí es si, en este vínculo que se dispone entre enfermera/o y la/el “paciente”, en donde se manifiesta un interjuego de transferencias y contratransferencias, es posible poner ¿distancia? Podríamos pensar en la posibilidad de circular por elucubraciones que se acerquen a “cercanías que permitan una relación operativa” ¿distancia o cercanía?

Consideraremos la oportunidad de poner en tensión el concepto de distancia como replanteo a partir de lo que creo “mal entendido” en la interpretación del concepto por parte de Enfermería.

Por último, se encontraron conceptos para suplir al de *distancia óptima*, y que surgen también de la Psicología Social. En conversación con expertos de la disciplina, han manifestado que, en la Escuela de Psicología Social de Bahía Blanca y en algunas otras escuelas pichonianas, ya no trabajan con este concepto sino con otros que se ponen en tensión con *distancia óptima*, dos de ellos son: *cercanía óptima* e *implicancia subjetiva*. Ambos aplicables a la producción subjetiva del cuidado.

Quizás a partir de ahora, a través del debate y la incorporación de nuevas conceptualizaciones que nos identifiquen, logremos incorporar a nuestra disciplina pequeños cambios paradigmáticos.



38 BIBLIOGRAFÍA

Buzzaqui Echevarrieta, A. *El "grupo operativo" de Enrique Pichón Riviere: análisis y crítica*. Dep. Psicología Social. Universidad Complutense de Madrid. Madrid; 1999.

De riso, S. *Características de la operación psicológica y actitud psicológica profesional*. Ficha de cátedra. Universidad de Entre Ríos. Facultad de Trabajo Social. 2006

De Quiroga, A. *Operación y actitud psicológica*. Clases dictadas en la primera escuela privada de psicología social en 3º y 5º año 1982 – 1984. Ediciones Cinco

Durán de Villalobos, M. *Enfermería. Desarrollo teórico e investigativo. Proyecto Innovar*. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia; 1998.

Franco, T. Merhy, E. El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Rev. Salud Colectiva*. Buenos Aires. 7(1): 9-20, 2011.

Freud, S. *Psicología de las masas y el análisis del yo*. Libros en Red. Buenos Aires; 2005.

García, P. Salvático, L. *Epistemología e historia de la ciencia*. Selección de trabajos de las XVII Jornadas. Córdoba. Vol.13; 2007.

Kerouac, S. Pepin, J. Ducharme, F. Duquette, A. Major, F. *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Elsevier Masson; 1996.

León Román, C.A. "Enfermería ciencia y arte del cuidado". *Rev. Cubana Enfermería* [Internet]. Dic. 2006 [citado Septiembre 13 de 2017]; 22 (4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192006000400007&lng=es

Levin, E. *Aspectos transferenciales y contratransferenciales en los Procesos Diagnósticos. Una aproximación a su estudio*. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires, 2006 [acceso 30 de mayo de 2017]. Disponible en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/042_ttedm2c2/material/fichas/entrevista_levin_2006.pdf

Marriner Tomey, A. Raile Alligood, M. *Modelos y teorías en enfermería*. Elsevier; España. 2008.

Martin, A.L. Sociedades, Cuerpos y Saberes Biomédicos. *Quinto Taller de Historia Social de la Salud y la Enfermedad*. Programa Interuniversitario de Historia Política. Buenos Aires; 2012.

Nieto, M. *Sobre el concepto de cercanía óptima*. Portal Margen. (84): 1-4

Pichón Rivière, E. *El proceso grupal. Del Psicoanálisis a la Psicología Social(I)*. Buenos Aires: Nueva Visión; 1978.

Ponti, L. *La enfermería y su rol en la educación para la salud*. Colección UAI. Buenos Aires; Ed. Teseco; 2016

Siveri, J.E. *Eje temático 2. Escenarios de la salud*. Curso "aspectos psicológicos de la Atención Sanitaria. Universidad de la República. Facultad de Psicología. Montevideo, 2010; 1:17

Sanabria Triana, L. Otero Ceballos, M. Urbina Laza, O. "Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de Enfermería". Escuela Nacional de Salud Pública. *Rev. Cubana Educ. Med. Sup.* 2002; 16(4).

Schopenhauer, A. *Parerga y Paralipónema II*. Ed. Trotta. Madrid; 2013.

Vega Angarita, O. "Estructura del conocimiento contemporáneo de Enfermería". *Rev. Ciencia y Cuidado*. 2006; 3(3): 53-68.

Zito Lema, V. *Conversaciones con Enrique Pichón Rivièrè sobre el arte y la locura*. 9na Ed. Buenos Aires: Ediciones Cinco; 1993.

Young, P. Amarillo, H. Emery, J. "Florence Nightingale y la Enfermería en el Hospital Británico". *Rev. Sociedad Argentina de Coloproctología*. Buenos Aires. 2014; 25(1): 34-40.

MEDICINAS NO CONVENCIONALES: CUANDO LOS SUJETOS DECIDEN SOBRE SU SALUD.

Grinspon Diana, Leal Johanna, Ramirez Yamila, Bravo Omar, Espíndola Karina ¹



Introducción: La presente investigación indaga sobre las decisiones que toman los sujetos para atender sus necesidades de salud. **Objetivo:** Establecer la prevalencia de uso de medicinas no convencionales en usuarios del Hospital Isidoro Iriarte de Quilmes y la relación entre este uso y el de la medicina oficial. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, con enfoque cuantitativo, sobre una muestra de 400 usuarios del Hospital Isidoro Iriarte de Quilmes. A través de

un cuestionario autoadministrado, anónimo, con preguntas semi estructuradas se midieron 25 variables. **Resultados:** El 94 % de los encuestados dijo usar o haber usado alguna vez una terapia alternativa y/o complementaria (Medicinas No convencionales). El 88,5% señaló confiar en ambas medicinas: no convencionales y oficial. A su vez, el 54,2 % de los usuarios, refirió que solo “a veces” le avisa al médico sobre la utilización de una medicina no convencional, mientras un 41,3 %

Integrantes del Proyecto de Investigación I+D “Medicinas populares en el conurbano bonaerense” 2015-2019. Universidad Nacional de Quilmes.

“siempre” le avisa y un 4,6% nunca lo hace. Conclusiones: El estudio evidencia que un alto porcentaje de la población estudiada utiliza medicinas no convencionales, en paralelo con la medicina oficial, lo cual pone de manifiesto la importancia de entender este fenómeno, equiparable en número de pacientes y gastos de salud a la medicina convencional/oficial. Enfermería, en el ejercicio de su responsabilidad de cuidar, necesita comprender y respetar los valores y creencias, los principios, las prácticas sociales y morales de las personas que cuida, priorizándolos por encima de toda diferencia.

INTRODUCCIÓN

Menéndez señala que la enfermedad, los padecimientos y/o los daños a la salud, conforman hechos universales frecuentes, recurrentes, continuos e inevitables que afectan la vida cotidiana de los conjuntos sociales y las personas, sanas o enfermas. Ante estos hechos, las sociedades han construido distintos saberes para enfrentar, convivir o solucionar sus padecimientos. Esos saberes se han ido transformando a través de los distintos momentos históricos. En las sociedades occidentales, el desarrollo de la ciencia y de la técnica que siguió a la revolución industrial produjo, desde finales del siglo XVIII, el desarrollo de importantes avances en el diagnóstico y tratamiento de determinadas afecciones sobre todo en este último siglo, organizados en sistemas académicos y/o científicos de explicación y acción sobre los padecimientos.

(Menéndez E. 1994)

La diversidad de prácticas “curativas” ha generado un abanico de tratamientos ya sea desde el modelo oficial biomédico hasta los propuestos por las medicinas no convencionales, entendidas como aquellas que se encuentran por fuera de la medicina oficial.

Desde este marco, se hacen visibles las terapias no convencionales completamente incorporadas a los escenarios de la vida cotidiana que puede ser observada como un conjunto heterogéneo, provisorio y cambiante de interpretaciones y acciones puestas en juego por las personas para enfrentar el sufrimiento, la enfermedad y el dolor. (Espíndola K, Grinspon D, Bravo O 2015).

Menéndez (1992) y Zolla et al (1988), señalan que estas prácticas están estructuradas como un sistema de conceptos, creencias y prácticas relativas a los estados de desequilibrio en general y al proceso salud enfermedad/atención en particular.

En la década del 70’ la Organización Mundial de la Salud (OMS) planteó por primera vez que “la medicina tradicional representa la suma de todos los conocimientos y prácticas explicables o no, usados en el diagnóstico, prevención y eliminación del desequilibrio físico, mental o social y basado exclusivamente en la observación y experiencia práctica, trans-

42 mitos de generación en generación oralmente o por escrito.

Lo que interesa señalar es que el término “medicina tradicional” hace referencia al conjunto de conocimientos, creencias, prácticas y recursos provenientes de la cultura popular, de los que hace uso una población para resolver, en forma empírica, algunos de sus problemas de salud, al margen o a pesar de la existencia de una medicina oficial e institucionalizada por el Estado.

Enfermería convive a diario con todas estas creencias y prácticas de salud, por lo cual necesita comprender que elementos se ponen en juego cuando las personas toman decisiones terapéuticas relacionadas al cuidado de su salud.

MATERIALES Y MÉTODO

Se realizó un estudio con enfoque cuantitativo, durante el año 2018, encuestando usuarios del Hospital Isidoro Iriarte, institución pública localizada en Quilmes, provincia de Buenos Aires, Argentina.

Se relevaron aspectos relacionados con las decisiones que toman los sujetos a la hora de dar respuesta a sus problemas de salud, así como el modo en que las medicinas no convencionales intervienen en ese interjuego, utilizando un cuestionario autoadministrado, anónimo, con preguntas semi estructuradas que midió 25 variables, incluyendo caracterís-

ticas sociodemográficas.

Se caracterizó a la población utilizando como aspectos sociodemográficos: sexo, edad y nivel de formación. Se obtuvieron datos sobre el tipo de medicina no convencional que utiliza la comunidad residente del conurbano sur bonaerense; sobre los motivos y circunstancias en las cuales se consultan/utilizan ese tipo de prácticas; sobre la percepción de los usuarios acerca de los resultados obtenidos a partir de su uso y sobre la convivencia entre el uso de las medicinas populares y el uso de la medicina tradicional (sincretismo terapéutico).

Se procesaron los datos obtenidos, presentándose media \pm error estándar de las variables cuantitativas relevadas y frecuencia y porcentaje de las categóricas

RESULTADOS

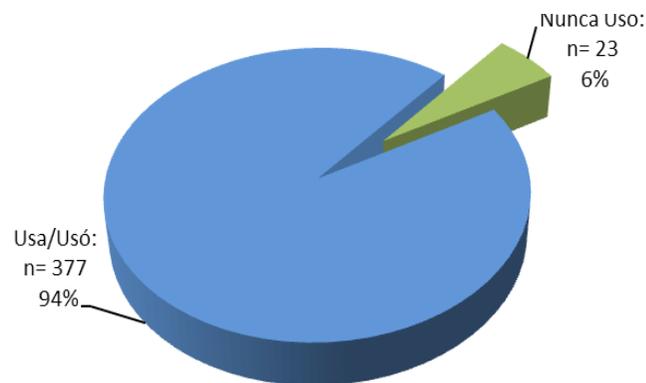
Se encuestó a 400 personas, cuyas características sociodemográficas se presentan en la tabla 1. Los usuarios del hospital público a los que se accedió tenían una edad intermedia, fueron mayoritariamente mujeres y cerca de la mitad tenía educación secundaria incompleta.

Al preguntar a los encuestados si usaban y/o alguna vez habían usado alguna medicina/terapia alternativa y/o complementaria, se encontraron los resultados ilustrados en el gráfico 1: el 94 % de los usuarios del hospital público usaba o había usado alguna de esas terapias.

Tabla 1: Características sociodemográficas de la población estudiada

Edad: en años	
Media ± DS	40 ± 0.77
(mínimo-máximo)	(18-86)
Sexo: n (porcentaje)	
Femenino	260 (65 %)
Masculino	140 (35 %)
Nivel de formación: n (porcentaje)	
Primaria:	4 (1%)
Incompleta	71 (18 %)
Completa	
Secundaria:	48 (12 %)
Incompleta	182 (45.5 %)
Completa	
Terciaria:	24 (6 %)
Incompleta	49 (12 %)
Completa	22 (5.5 %)
Universitaria	

Gráfico 1: Uso de Terapias alternativas/complementarias por usuarios de un hospital público del conurbano sur

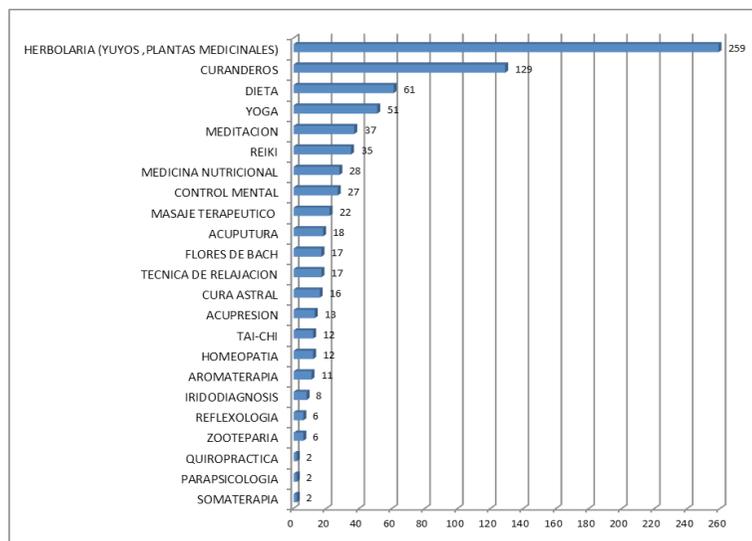


Fuente: Elaboración propia. Octubre 2018

Para conocer el tipo de terapias y/o prácticas utilizadas, se presentó a los encuestados un listado de 30 terapias alternativas, solicitándoles que señalaran cuáles usaban y/o habían usado. Las respuestas se resumen en el Gráfico 2, respecto al cual es necesario aclarar que, dado lo extenso de la lista, por cuestiones de sencillez y espacio, no incluye aquellas terapias que no fueron señaladas por ningún encuestado (cromoterapia, hipnosis, osteopatía, shiatsu) ni las que eran o habían sido utilizadas sólo por una persona (bioenergía, terapia autóloga, ozonoterapia).

La terapia más utilizada resultó ser la herbolaria, señalada por el 65 % (n=259/400) de los encuestados; le siguió en frecuencia la consulta a curanderos, pero con un nivel de uso que fue la mitad que el de la primera (n= 129, 32%). En tercer y cuarto lugar se encontraron la dieta (n=61, 15%) y el yoga (n=51, 13 %), respectivamente, cuyos niveles de uso también resultaron ser aproximadamente la mitad de los de consulta a curanderos. Las restantes 26 terapias presentadas fueron utilizadas por menos del 10% de los encuestados.

Gráfico 2: Terapias alternativas/complementaria utilizadas por usuarios de un hospital público del conurbano sur



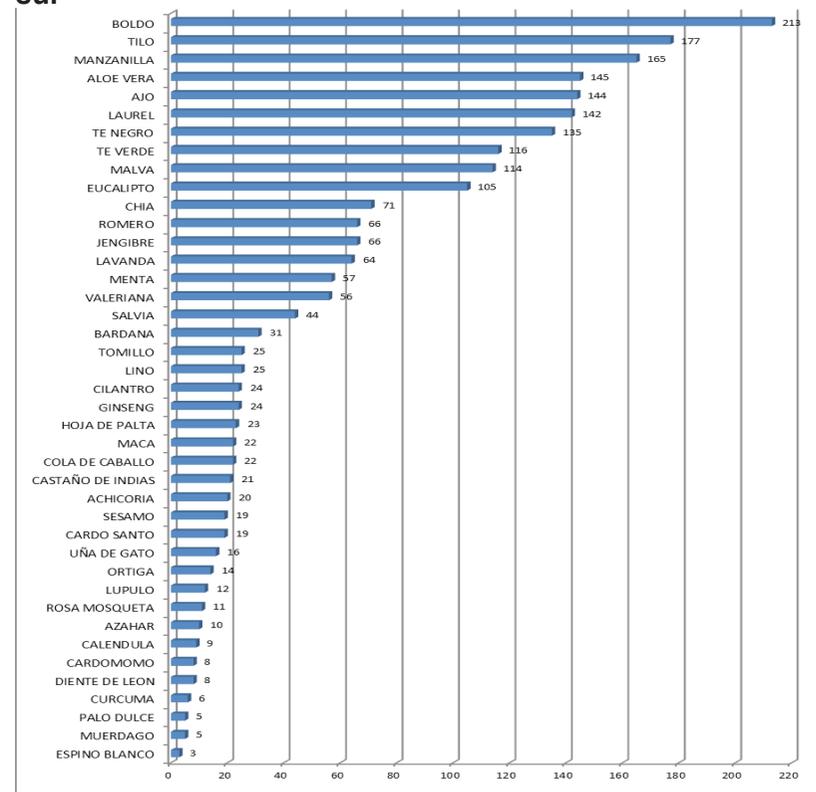
Fuente: Elaboración propia. Octubre 2018

Se presentó también a los encuestados un listado de 41 hierbas para que señalaran cuáles utilizaban. El Gráfico 3 ilustra los hallazgos respecto de las hierbas presentadas en la lista. El primer punto a señalar es que todas las hierbas fueron señaladas como utilizadas por al menos 3 personas. Un segundo punto destacable es que, a pesar de que 141 personas, al ser preguntadas por el uso de terapias alternativas no habían indicado el utilizar la herbolaria, ante el listado sólo 19 ($19/400 = 5\%$) dijeron no consumir ninguna de las hierbas incluidas en la lista. Un tercer punto a destacar es que se dio la posibilidad a los encuestados de nombrar cualquier otra hierba que utilizaran y no estuvieran en la lista; 35 encuestados ($35/400 = 9\%$) agregaron al menos una hierba. Fueron agregadas a la lista 8 variedades de hierbas, que, por orden de frecuencia fueron: cedrón ($n=21$),

carqueja ($n=9$), paico ($n=9$), burrito ($n=9$), anís estrellado ($n=3$), buscapina ($n=3$), yerba de pollo ($n=2$) y poleo ($n=2$).

El gráfico muestra que el 53 % ($n=213$) de los encuestados dijo consumir boldo, que el tilo, ubicado en segundo lugar, lo consumían el 44 % de las personas y que las 10 primeras plantas eran utilizadas por más del 25 % de los encuestados.

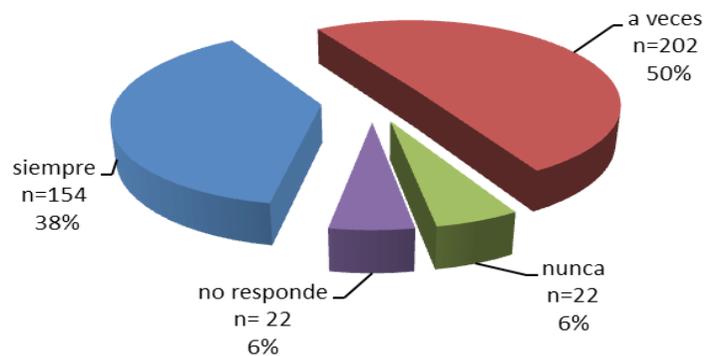
Gráfico 3: Terapias alternativas/complementarias utilizadas por usuarios de un hospital público del conurbano sur



Fuente: Elaboración propia. Octubre 2018

Se indagó sobre la percepción de los encuestados acerca de la efectividad del uso de las medicinas alternativas/complementarias, obteniéndose los resultados ilustrados por el gráfico 4. Sólo el 6 % de las personas dijeron que este tipo de terapias “nunca” resolvían las situaciones que los llevaban a utilizarlas

Gráfico 4: Las Medicinas complementarias/alternativas ayudaron a resolver las situaciones que llevaron a los encuestados a utilizarlas

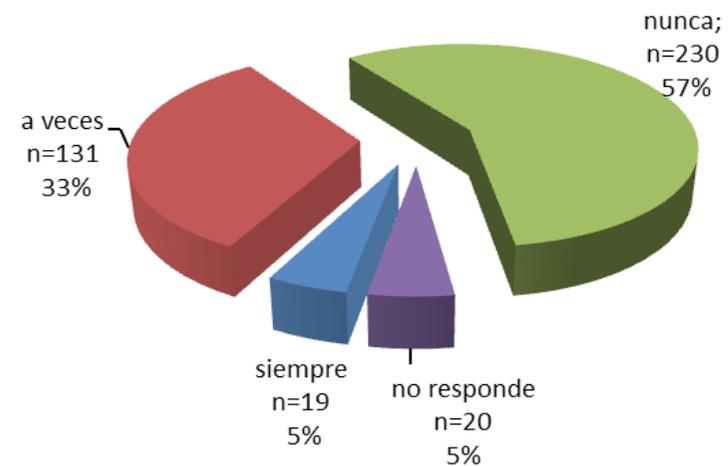


Fuente: Elaboración propia. Octubre 2018

Se indagó además, si los encuestados dejaban de consultar al médico cuando utilizaban una medicina alternativa/complementaria (Gráfico 5) y, en caso de utilizar conjuntamente ambas medicinas (convencional y alternativa) si le informaban a su médico sobre la utilización de la otra terapia (Gráfico 6). Las respuestas más frecuentes entre los usuarios de un hospital público encuestados (con algo menos del 60%) fue que no dejan “nun-

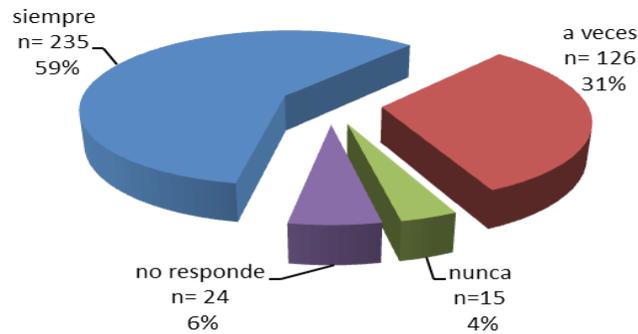
ca” de consultar al médico por utilizar una medicina alternativa/complementaria así como que consideran que “siempre” hay que informarle al médico sobre su uso. Sin embargo, ante ambas preguntas, aproximadamente un tercio de los encuestados dijo que “a veces” no consulta al médico y la misma respuesta se obtuvo respecto de estar de acuerdo en informarle al médico sobre el uso de una medicina complementaria/alternativa

Gráfico 5: Respuestas de los encuestados sobre si dejan/dejaron de consultar al médico por usar una Medicina complementarias/alternativas



Fuente: Elaboración propia. Octubre 2018

Gráfico 6: Respuestas de los encuestados sobre si están de acuerdo con decirle al médico que usan una Medicina complementarias/alternativas



Fuente: Elaboración propia. Octubre 2018

46 CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

El estudio evidencia que un alto porcentaje de la población estudiada utiliza medicinas no convencionales, en paralelo con la medicina oficial, lo cual pone de manifiesto la importancia de entender este fenómeno que se equipara en número de pacientes y en gastos de salud a la medicina convencional. Enfermería, en el ejercicio de su responsabilidad de cuidar, necesita comprender y respetar los valores y creencias, los principios, las prácticas sociales y morales de las personas que cuida, por encima de toda diferencia.

Las medicinas populares adquieren su potencia en la posibilidad de hacer visible una mirada que considera la superposición de una o más medicinas, que se constituyen como saberes diferenciados de la medicina científica o biomedicina como una forma de abordar las tensiones que las subyacen y que definen

la construcción discursiva acerca de quién sabe y quién no, qué es el saber verdadero y cuál el falso, dónde está la creencia irracional y dónde el conocimiento científico. (Espindola K-Grinson D. 2016)

Sobre todo se trata de considerar el aspecto holístico que destaca su lógica y su funcionalidad social y permite explicar las claves simbólicas de su eficacia y la relación de esta eficacia con el control social, con la disminución de la ansiedad individual y colectiva, y con su papel integrador de la comunidad.

Mientras, el creciente avance de los dispositivos asociados a la hipermedicalización y tecnologización de la vida, produce en algunos casos un proceso de deshumanización en los términos que Goffman plantea como \square des-identificación del Yo \square , en donde el cuerpo biológico asume un predominio sobre todos los demás aspectos que configuran su \square ser \square y que llevan a una cosificación de las personas.

Se trata de recuperar los relatos y experiencias de “enfermedad/padecimiento” de los sujetos, que a nuestro entender, resultan centrales a la hora de comprender la diversidad de formas de experimentar el padecimiento y/o una internación, para poder instalar la reflexión acerca de los cuerpos como significantes sociales, y de los procesos de deshumanización del cuidado con la consiguiente necesidad de re-humanizarlos.

Esta temática, a nuestro entender resulta central para pensar cuidados de enfermería de calidad, desde una perspectiva humanizadora que supere la mera manipulación del cuerpo para incluir dentro del abanico de cuidados, el concepto de fragilidad bio-psico- espiritual por el que atraviesan las personas internadas o no. En el caso de la enfermería, consideramos que el de-

sarrollo de esta propuesta metodológica, enriquece el enfoque centrado en el cuidado, el cual representa las bases sobre las cuales se construye la disciplina.

La perspectiva expuesta, además, sostiene que el individuo como ser social se manifiesta y proyecta en diferentes espacios sociales, los cuales estarán permeados por y, a su vez, van a permear las experiencias de salud y enfermedad. Por tanto, evidencia la importancia de conocer acerca de sus dinámicas y explorar cómo dialogan con las metas de salud, y cómo los/as otros/as significativos participan en las formas “individuales” en que los sujetos viven con sus enfermedades crónicas.

BIBLIOGRAFÍA

Arteaga, F. (2009). Los procesos rituales en la práctica de la medicina casera de la provincia de La Pampa (Argentina). Recuperado de http://ketzalcalli.com/pdfs/Ketzi2009_2_Articulos/Ketzalcalli-2009-2_Arteaga.pdf. Consultado el 16-04-2015

Arteaga, F. (2010). Rituales y remedios naturales: Las prácticas del autotratamiento en La Pampa (Argentina). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14615247001>. Consultado el 16-

Bannerman, R:M (1977). WHO'S. Programe in traditional medicine. WHO, Chronicle, 31, 427-428.

Bartoli, P. (2005). ¿Esperando al doctor?: Reflexiones sobre una investigación de antropología médica en México. *Revista de Antropología Social*. 14, 71-100.

Comells, J. M. (1997). De la ayuda mutua y de la asistencia como categorías Antropológicas: Una revisión conceptual. III Jornadas Aragonesas de Educación para la Salud. Teruel.

Espíndola, K; Serloni S; Leal J.; Grinson D. Sobre sincretismo terapéutico: diversidad de prácticas e inclusión de miradas sobre la salud. Presentada en el XXIII Congreso Argentina en enfermería. Posadas, misiones, Argentina. Octubre 2016.

Grinson D.; Illesca O.; Bravo O.; Serloni S.; Alegre R.. El enfoque Cualitativo en la formación e Investigación en Enfermería: El caso de las Medicinas Populares. Ponencia Presentada en el XXIII Congreso Argentina en enfermería. Posadas, misiones, Argentina. Octubre 2016.

Heredia A.M; Espíndola K.; Caldas A.; Figueroa S.; Closter J; Domínguez V. Trayectorias y Usos Terapéuticos de la Medicina Popular/doméstica en el conurbano Sur

48 Bonaerense Argentino. Revista Crear en Salud de la Escuela de enfermería. FCM-UNC. núm 10. diciembre 2016.

Magrassi, G y Radovich, J C. (coord.). (1982). La medicina popular. En Mito, magia y religión. Cuadernos de historia popular Argentina. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.

Menéndez, E. (coord.) (1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?. (s.l): Alteridades.

Menéndez, E. Grupo doméstico y proceso salud/ enfermedad/atención: del teoricismo al movimiento continuo. Cuad Méd Soc 1992;59:3-18.

Menéndez, E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. En Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. 2003 [Consultado en Mayo de 2017] Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n1/a14v08n1.pdf>

Oliszewski, D. (2008). El campo terapéutico en Tilcara: La vigencia de dos modelos médicos. IX Congreso Argentino de Antropología Social. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - Universidad Nacional de Misiones, Posadas. Recuperado de <http://www.aacademica.com/000-080/10.pdf>. Consultado el 14-5-2015

Perez Nucci, A. (1989) Magia y chamanismo en la medicina popular del Noroeste Argentino. San Miguel de Tucumán: Editorial Universitaria de Tucumán. Recuperado de www.portaldesalta.gov.ar/libros/nucci.pdf . Consultado el 14-5-2015.

Ratier, H. (coord.). (1972). La medicina popular. Buenos Aires: CEAL.

Young, A. (1976). Some Implications of Medical Beliefs and Practices for Social Anthropology.

Zolla, C. Medicina tradicional y enfermedad. México (DF): Centro de Investigación en Estudios de Seguridad Social; 1988.pp21

DESCRIPCIÓN DEL BIENESTAR ESPIRITUAL DE ADULTOS JÓVENES DEL MUNICIPIO DE LIBERTADOR SAN MARTÍN EN EL AÑO 2018

Jasmin Tito , Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Adventista del Plata

49

RESUMEN

Introducción: La NANDA Internacional (NANDA -I), incluye tres diagnósticos asociados a la espiritualidad, poniendo en evidencia la importancia para los enfermeros, del bienestar espiritual de las personas. **Objetivo:** describir las características principales del bienestar espiritual de adultos jóvenes del municipio de Libertador San Martín. **Materiales y método.** Estudio descriptivo, transversal, con muestra aleatoria estratificada proporcionada de 250 participantes, entre los 20 a 40 años. Los datos se recolectaron mediante la aplicación del instrumento de bienestar espiritual

de Jarel, que posee la valoración de tres dimensiones en escalas semántica y numérica, tipo Likert de 6 niveles.

El análisis univariado de las características socio-demográficas y de multivariadas por asociación dentro de las dimensiones del bienestar espiritual fue calculado por porcentajes. **Resultados.** De las personas encuestadas, 61,6%(n=154) pertenece al género femenino y el resto al género masculino; 65,2% (n=163) se halla entre las edades de los 20 a los 30 años; el 56,8% (n=142)

50 de los participantes son solteros y 79,2% (n=200) de nacionalidad Argentina. En la dimensión fe y creencias, se destaca que es importante en la vida de los participantes “la creencia en un poder superior” con un total del 87,6% (n=219). De la dimensión vida y responsabilidad, se confirma “la creencia en un ser superior”, con el 71,6% (n=179) en desacuerdo con la afirmación de que éste “no tiene lugar en su vida”. En la tercera, satisfacción con la vida, se halló que el 53,6% (n=134) es “capaz de recibir y dar amor”. Teniendo en cuenta estos datos, se los relacionó con el género, grupo etario, nacionalidad y estado civil, sin encontrarse diferencias relevantes. Conclusiones. La mayoría de los encuestados describe percibir bienestar espiritual; se destacan las características de la creencia en un poder superior y la capacidad para recibir y dar amor.

PALABRAS CLAVE. Bienestar espiritual, adultos jóvenes, enfermería.

INTRODUCCIÓN

El ser humano es un ser integral^{1, 2}, compuesto por las áreas física, mental, social y espiritual; y al hablar de salud, se deben tener en cuenta estas dimensiones³, ya que su equilibrio contribuye al bienestar.

De acuerdo con la etimología, *espiritualidad* deriva de espíritu, que significa aliento de vida. Implica una manera de ser, de experimentar y actuar, que evidencian el reconocimiento

de esta dimensión trascendental. Es ser consciente de uno mismo, de los demás, de la naturaleza, de la vida y de un Ser Superior⁴.

Para Florence Nightingale, la espiritualidad pertenece a la naturaleza humana y es un recurso profundo y potente de sanación del cual dispone el individuo⁵. Laverde¹, la define como la dimensión del ser, compuesta por creencias y valores, caracterizada por la relación con uno mismo, el otro, la naturaleza y la vida. Mauritzen⁶, la refiere como un agente para la integración, identificación, desarrollo, fortalecimiento, y existencia de la persona. La OMS⁷, la relaciona con el significado y propósito de la vida, y en caso de proximidad con la muerte, con el perdón, la reconciliación y la afirmación de valores.

Otro concepto asociado a la espiritualidad, sea para relacionarlos o diferenciarlos, es el de *religión*, que significa re-ligar, volver a unir; la implicancia en una creencia, rituales y actividades, que comunican al ser humano con Dios⁴.

Otro concepto a tener en cuenta es el de bienestar espiritual (BE), definido como una forma de vida que considera a la misma y la vive, eligiendo enriquecerla y hundiendo sus raíces en valores espirituales y/o creencias religiosas⁸. Algunos estudios confirman que la relación e influencia positiva de la espiritualidad y religiosidad con mejores indicadores de salud^{9, 10}, es lo que contribuye al bienestar de la persona.

Ambas son consideradas proveedoras de emociones positivas, orientación, sentido, esperanza y satisfacción en la vida^{11, 12}. Las investigaciones presentan su relevancia como estrategias de afrontamiento ante problemas y situaciones estresantes; durante el proceso de enfermedad como motor que impulsa a perseverar en el tratamiento y a realizar cambios en el estilo de vida; y como protector de la morbilidad psicológica^{13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20}.

Hay relación entre variables de calidad de vida²¹ y BE; lográndose éste, mediante el enriquecimiento de creencias religiosas y prácticas que la fomenten^{22, 23, 3}.

Considerando nuevamente el concepto holístico de salud²⁴, sus dimensiones, la importancia del logro de BE para el buen afrontamiento de las situaciones que se presenten como estresantes, y su relación con la calidad de vida, he aquí el desafío para la profesión de enfermería: tener en cuenta el BE en los cuidados que planifica y realiza a las personas.

Enfermería trabaja siempre a favor de la salud, a través de la promoción, prevención en sus tres niveles y el acompañamiento en el proceso de finalización de la vida²⁵; considerando al ser como holístico²⁶.

Existen modelos y teorías de enfermería donde la espiritualidad es abordada como un concepto central⁵; el modelo de sistemas de Neuman²⁷, la teoría de Newman²⁸, la teoría de

Jean Watson²⁹ y la teoría de Parse³⁰.

También la NANDA Internacional (NANDA-I)³¹, entidad que construye mediante investigación la terminología de enfermería, determina tres diagnósticos asociados a espiritualidad, evidenciando la valoración de enfermería ante las necesidades espirituales. Estos son: Disposición para mejorar el bienestar espiritual, Sufrimiento espiritual y Riesgo de sufrimiento espiritual.

Con relación a la ejecución del accionar de enfermería, llama la atención su intervención en la población adulta joven, debido a las particulares características. Berman y Snyder³² describen a los adultos jóvenes como aquellas personas que se encuentran entre los 20 a 40 años de edad, y que presentan como riesgos de salud más comunes: lesiones y violencia, suicidios, consumo de drogas, hipertensión, infecciones de transmisión sexual, trastornos alimenticios y ciertos tumores malignos. Según estos autores, este grupo de personas está centrado en la realidad siendo posible el rechazo de enseñanzas religiosas adquiridas en la niñez, o la redefinición de éstas; lo caracteriza la búsqueda de una nueva forma de conectarse con los demás, la naturaleza, el universo y la idea de un ser superior. Anatella³⁸ expresa que presentan atracción y a la vez inquietud ante la religión y que desconocen bases religiosas.

En consecuencia, dado el contexto de una comunidad cristia-

52 na identificada por su relación con valores cristianos, la salud y la educación^{34, 35} en el municipio de Libertador San Martín, he aquí el problema de la investigación ¿cuáles son las características principales que describen el bienestar espiritual de adultos jóvenes que residen en la localidad? Dicho bienestar es descrito a partir de las dimensiones fe y creencias, vida y responsabilidad y satisfacción con la vida, aspectos incluidos en las definiciones de espiritualidad^{1, 4, 6, 7} y que contribuyen al bienestar⁸.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo y transversal; realizado en Libertador San Martín en Marzo y Abril.

Muestreo aleatorio estratificado proporcionado.

Tras considerar un número aproximado de 3200 adultos jóvenes en el municipio, la muestra aleatoria, estratificada y proporcionada, se calculó en 250 participantes en edades comprendidas entre los 20 a 40 años, sin alteraciones del estado mental y de la consciencia.

Las variables de caracterización sociodemográfica fueron: género, edad, nacionalidad, modo de residencia en Libertador San Martín, grado de escolaridad, con quién vive, estado civil, presencia de hijos, ocupación y presencia de diagnóstico de enfermedad crónica.

Las dimensiones del variable BE fueron: fe y creencias, vida y responsabilidad y satisfacción con la vida.

Se efectuó la valoración mediante una hoja para caracterizar a la población y el instrumento de bienestar espiritual de Jarel^{19, 20}. El instrumento de BE contiene 21 preguntas; posee la valoración de tres dimensiones en escalas semántica y numérica, de seis niveles tipo Likert que va desde 1 (fuertemente en desacuerdo) a 6 (fuertemente de acuerdo).

Se realizó análisis descriptivo univariado de las variables sociodemográficas y de multivariadas por asociación dentro de las dimensiones del BE, calculando los porcentajes.

Se le entregó a cada uno de los participantes una hoja de consentimiento informado para que firmaran, después de lo cual podía completar el cuestionario. Se aseguró la confidencialidad y el uso de los datos aportados para fines exclusivos de la investigación.

Cuando los participantes finalizaban la encuesta, se les ofrecía realizar una intervención de enfermería haciendo una oración con ellos.

RESULTADOS

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica

VARIABLES	NIVELES	N (%)
GÉNERO	Hombre	96 (38,4%)
	Mujer	154 (61,6%)
EDAD	20 a 30 años	163 (65,2%)
	31 a 40 años	87 (34,8%)
ESTADO CIVIL	Soltero	141 (56,4%)
	Casado	104 (41,6%)
	Divorciado	5 (2%)
NACIONALIDAD	Argentino	198 (79,2%)
	Extranjero	52 (20,8%)
ESCOLARIDAD	Primaria	7 (2,8%)
	Secundaria	39 (15,6%)
	Técnico	13 (5,2%)
	Universitario	191 (76,4%)
MODALIDAD DE RESIDENCIA	Definitivo	99 (39,6%)
	Temporario	151 (60,4%)
OCUPACIÓN	Empleado	89 (35,6%)
	Estudiante	132 (52,8%)
	Hogar	19 (7,6%)
	Independiente	34 (13,6%)
	Otra	2 (0,8%)
HIJOS	Sí	82 (32,8%)
	No	168 (67,2%)
CON QUIÉN VIVE	Amigos	62 (24,8%)
	Conocidos	12 (4,8%)
	Familia	141 (56,4%)
	Solo	35 (14%)
DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD CRÓNICA	Sí	227 (90,8%)
	No	23 (9,2%)

Las características principales del BE de los adultos jóvenes del municipio son: la creencia en un poder superior y la capacidad de recibir y dar amor.

Se pudo establecer de la dimensión fe y creencias, que son importantes en la vida de los participantes las creencias en un poder superior, en una vida posterior y en la oración (Tabla 2). La mayoría encuentra propósito y significado en su vida. También se obtiene que el 67,6% (n=169) no está de acuerdo en que una enfermedad que padezcan les reduzca el bienestar espiritual estando sólo el 32,4% (n=81) de acuerdo en que sí, resultados obtenidos tras sumar los valores de tres categorías de respuesta en desacuerdo y en acuerdo.

CATEGORÍA	LA ORACIÓN ES UNA PARTE IMPORTANTE DE MI VIDA	CREO QUE TENGO BIENESTAR ESPIRITUAL	A MEDIDA QUE PASAN LOS AÑOS CREO QUE SOY MÁS TOLERANTE CON OTRAS CREENCIAS	ENCUENTRO SIGNIFICADO Y PROPÓSITO EN MI VIDA	SIENTO QUE HAY UNA CERCANA RELACIÓN ENTRE MIS CREENCIAS ESPIRITUALES Y LO QUE HAGO	CREO EN UNA VIDA POSTERIOR	CUANDO ESTOY ENFERMO TENGO MENOS BIENESTAR ESPIRITUAL	CREO EN UN PODER SUPERIOR
1 (FUERTEMENTE EN DESACUERDO)	0,8%	0,4%	5,2%	0,0%	0,8%	5,2%	21,2%	0,8%
2 (MODERADAMENTE EN DESACUERDO)	1,2%	2,4%	4,0%	0,0%	2,0%	1,2%	12,4%	0,8%
3 (EN DESACUERDO)	1,2%	6,4%	11,2%	2,0%	3,6%	3,2%	34,0%	1,2%
4 (DE ACUERDO)	16,4%	28,0%	25,6%	18,4%	20,8%	11,2%	15,2%	6,4%
5 (MODERADAMENTE DE ACUERDO)	8,8%	32,0%	26,0%	16,0%	30,8%	7,2%	11,6%	3,2%
6 (FUERTEMENTE DE ACUERDO)	71,6%	30,8%	28,0%	63,6%	42,0%	72,0%	5,6%	87,6%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tabla 2. Dimensión Fe y creencias

Respecto a la dimensión vida y responsabilidad se reafirma nuevamente la importancia de la creencia en un poder superior, Dios en sus vidas y de la oración como ayuda en la toma de decisiones. Del total de respuestas en las categorías de acuerdo, se obtiene que el 90,4% (n=226) manifiesta su preferencia en la toma de decisiones sobre su vida, aceptando el 9,6% (n=24) que otros las tomen por ellos. Sólo el 2% (n=5) está fuertemente de acuerdo en que es difícil perdonar a otros y en que no puede aceptar el cambio (Tabla 3).

CATEGORÍA	DIOS TIENE POCO SIGNIFICADO EN MI VIDA	LA ORACIÓN NO ME AYUDA A TOMAR DECISIONES	PREFIERO QUE OTROS TOMEN DECISIONES POR MÍ	ENCUENTRO DIFÍCIL PERDONAR A OTROS	CREER EN UN PODER SUPERIOR NO TIENE LUGAR EN MI VIDA	NO PUEDO ACEPTAR EL CAMBIO EN MI VIDA
1 (FUERTEMENTE EN DESACUERDO)	64,4%	55,6%	38,0%	20,0%	71,6%	42,4%
2 (MODERADAMENTE EN DESACUERDO)	7,2%	10,0%	16,0%	19,2%	3,2%	16,8%
3 (EN DESACUERDO)	16,4%	17,6%	36,4%	31,6%	16,4%	26,8%
4 (DE ACUERDO)	2,8%	4,4%	4,8%	16,8%	2,8%	8,4%
5 (MODERADAMENTE DE ACUERDO)	0,8%	6,0%	2,8%	10,4%	2,0%	3,6%
6 (FUERTEMENTE DE ACUERDO)	8,4%	6,4%	2,0%	2,0%	4,0%	2,0%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tabla 3. Dimensión vida y responsabilidad

En la tercera dimensión, satisfacción con la vida, se halló que la mayoría es capaz de recibir y dar amor y se impone metas (Tabla 4).

CATEGORÍA	SOY CAPAZ DE RECIBIR Y DAR AMOR A OTROS	ESTOY SATISFECHO CON MI VIDA	IMPONGO METAS PARA MÍ	ESTOY SATISFECHO POR LA FORMA EN LA QUE UTILIZO MIS HABILIDADES	SOY CAPAZ DE APRECIAR LAS DIFERENCIAS EN OTROS	ESTOY BIEN ORGANIZADO	ACEPTO LAS SITUACIONES DE MI VIDA
1 (FUERTEMENTE EN DESACUERDO)	0,0%	0,4%	1,2%	0,4%	1,2%	1,2%	0,4%
2 (MODERADAMENTE EN DESACUERDO)	0,0%	0,8%	0,0%	2,8%	0,4%	2,0%	2,4%
3 (EN DESACUERDO)	0,4%	2,4%	2,4%	8,0%	4,4%	10,4%	2,0%
4 (DE ACUERDO)	18,8%	22,4%	19,6%	35,6%	37,6%	42,4%	42,0%
5 (MODERADAMENTE DE ACUERDO)	27,2%	30,0%	25,6%	37,6%	32,0%	32,4%	28,8%
6 (FUERTEMENTE DE ACUERDO)	53,6%	44,0%	51,2%	15,6%	24,4%	11,6%	24,4%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tabla 4. Dimensión Satisfacción con la vida

Se relacionaron género, grupo etario, nacionalidad y estado civil con las principales características del bienestar espiritual; en todos los casos la mayoría concordó con éstas, hay diferencias no relevantes en los porcentajes. Se da una excepción en las personas de 20 a 30 años (49,69% (n=81)) y en las solteras (47,88% (n=68)) en el indicador que refiere la capacidad de recibir y dar amor a otros ya que menos de la mitad estuvo de acuerdo.

DISCUSIÓN

El número de mujeres predomina en la muestra encuestada; los resultados obtenidos en el censo del año 2010 también

señalan un mayor número de población femenina en el municipio³⁵.

Según el análisis realizado por Peretti y Varisco³⁶ Libertador San Martín es la localidad con mayor porcentaje de extranjeros, sin embargo del total de los participantes sólo 20,8% refirieron ser de nacionalidad extranjera; se tiene en cuenta que la muestra está conformada sólo por un grupo determinado de la población.

Martín³⁷ caracteriza a los adultos jóvenes, con edad de entrada en pareja, paternidad y maternidad, finalización de estudios superiores y universitarios y con acceso al mercado de trabajo con mejor cualificación. En relación a la investigación realizada, el hecho de que la mayoría refirió estar soltera pue-

56 de posibilitar que presente pareja en el correr de los años; se desconoce si hay relación de noviazgo y se sabe que sólo el 41,6% está casado. Sólo el 32,8% tiene hijos, dándose también que en ese periodo de tiempo los puedan tener. En cuanto a la finalización de estudios superiores y universitarios, no es la mayoría la que los concluyó.

Rivas Castro et al.^{19,20} en sus estudios realizados en adultos y adultos mayores que presentaban enfermedad crónica, confirmaron la predominancia de la creencia en un poder superior y de la oración como importante en la vida. Llama la atención del segundo estudio que realizaron, el 100% de los participantes que refirió creer en un ser superior, pudiendo darse el mismo resultado en el contexto de la investigación realizada en Libertador San Martín debido a la comunidad cristiana que lo caracteriza, pero no se dio así, hallándose un total de 2,8% (en la suma de las categorías de en desacuerdo) que no está de acuerdo con la afirmación respecto a esa creencia.

En contraste con el 68% de las personas no satisfechas con su vida en el estudio de Rivas Castro et al.¹⁹ debido a las limitaciones e incapacidades, la enfermedad crónica, la dependencia de otros, modificación en el estilo de vida, etc., se presenta en la población joven el 94,4% satisfecho, diferenciándose ésta última en que no presenta todos los factores mencionados anteriormente.

Gómez Palencia³⁸ también estudió a personas con diagnósti-

co de enfermedad crónica, y expuso que pueden presentar dos reacciones: apego a la espiritualidad como estrategia de afrontamiento, o incertidumbre que afecta la salud integral; a mayor espiritualidad, menor es la incertidumbre. También Vinaccia y Quiceno³⁹ presentan la relación que se da en estos pacientes, entre resiliencia y espiritualidad considerada un factor protector. Si bien en la investigación realizada el porcentaje de adultos con enfermedad crónica es reducido, podría relacionarse que debido a los resultados obtenidos, la mayoría de los participantes dado el caso que contraiga una enfermedad crónica, podrá tener la espiritualidad como factor protector y estrategia de afrontamiento.

Dreyer⁴⁰ tras analizar las características que definían la espiritualidad de los jóvenes, obtuvo las siguientes: la experiencia religiosa, la creencia en Dios y relación con Él, y motivaciones ligadas al arte, cultura, naturaleza y sociabilidad sin que se nombre a Dios. Se comparten con la presente investigación las características de creencia en un ser superior, la oración como medio de comunicación con Dios y la significancia de Él en la vida. Respecto a las motivaciones sin nombrar a Dios, se difiere ya que la mayoría de los participantes refirió que Dios es significativo en su vida y que percibe cercanía entre sus creencias y acciones, entonces no se descartaría a Dios de las motivaciones que tengan.

Salgado⁴¹ halló diferencia en la dimensión religiosa del bien-

estar espiritual según género, donde las mujeres presentaban mayores niveles que los varones; en la presente investigación respecto a las características principales de la dimensión fe y creencias, relacionadas con la religiosidad, las mujeres también presentan mayores porcentajes.

Y Oñate⁴² tras evaluar las propiedades psicométricas de la dimensión espiritualidad de una evaluación de religiosidad y espiritualidad en adultos jóvenes, comprueba que a mayor espiritualidad hay mayor sentido de la vida; en la presente investigación se observa que la mayoría de la población presenta indicadores que hacen referencia al bienestar espiritual, y como resultado entonces se tiene a la mayoría (96,4%) satisfecha con su vida.

Teniendo en cuenta todos los beneficios que pueden tener los individuos al presentar bienestar espiritual, es necesario considerar la espiritualidad como una característica esencial del cuidado de enfermería⁴³.

CONCLUSIONES

Las características principales del bienestar espiritual de los adultos jóvenes del municipio son: la creencia en un poder superior y la capacidad de recibir y dar amor a otros.

En la relación de género, grupo etario, nacionalidad y estado

civil con las principales características del bienestar espiritual, la mayoría concordó con éstas. La excepción se da en las personas de 20 a 30 años y en las solteras, en el indicador que refiere la capacidad de recibir y dar amor a otros ya que menos de la mitad estuvo de acuerdo.

El cumplimiento de los objetivos aporta a la enfermería comunitaria una descripción de las características principales del bienestar espiritual de los adultos jóvenes del municipio, pudiéndose utilizar el instrumento y aplicar el proceso de atención de enfermería; también se presenta el cuidado holístico que ésta provee al individuo al tener en cuenta el aspecto espiritual.

Para favorecer un abordaje completo debido a la importancia de la espiritualidad, se sugiere un trabajo con un equipo multidisciplinar haciendo uso de los recursos que presenta el municipio y la universidad: enfermeras comunitarias, alumnos de la carrera de enfermería que cursan la materia de Enfermería comunitaria, capellanes, pudiendo incluir también a los estudiantes de teología, y psicólogos, debido a las dimensiones que incluye el bienestar espiritual.

58 **Bibliografía**

1. Laverde, M. C. Q. Espiritualidad y afecto en el cuidado de enfermería. En: Dimensiones del Cuidado. Avances conceptuales del Grupo de Cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia; 1998. P. 184-191.
2. Saizar M, Bordes M, ESPIRITUALIDAD Y OTROS MOTIVOS DE ELECCIÓN DE TERAPIAS ALTERNATIVAS EN BUENOS AIRES (ARGENTINA). Mitológicas [Internet]. 2014 [Citado 11 Jun. 2017]; XXIX: p.9-23. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14632745001>.
3. Guirao-Goris, J. La espiritualidad como dimensión de la concepción holística de salud. ENE, Revista De EnfermeríaA. [Internet]. 2013. [citado 23 Mayo 2017]; 7(1). Disponible en: <http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/252/206>
4. Girard, G. A. (2012). Espiritualidad y suicidio ¿factor protector o factor de riesgo? Adolescencia y Resiliencia. [En línea]. Paidós; 2007. [Acceso 10 Jun. 2017]. Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Espiritualidad%20y%20suicidio.pdf>
5. Galvis López M. A., Pérez Giraldo B. Revisión de la literatura sobre el concepto "espiritualidad" aplicado a la práctica de enfermería. Aladefe [Internet]. 2013 [Citado 1 Jun 2017]; 3 (3). Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/82/>
6. Mauritzen, J. Pastoral care for the dying and bereaved. Death studies. By Hemisphere Publishing Corporation; 1988. 12(2):111-122. Citado 2017 May 28
7. WHO Expert Committee on Cancer Pain Relief and Active Supportive Care World Health Organization. Aspectos espirituales. En: Organización Mundial de la Salud. Alivio del dolor y tratamiento paliativo en el cáncer: informe de un Comité de Expertos de la OMS. Ginebra; 1990. p.55-56. Citado 28 May 2017.
8. Berman A.J., Snyder S. Espiritualidad. En: Romo M.M. Fundamentos de enfermería: conceptos, proceso y práctica. 9ª edición Vol. 2. Madrid: Pearson Education S.A.: 2013. p.1058-1077.
9. Mesquita AC, Chaves ECL, Avelino CCV, Nogueira DA, Panzini RG, Carvalho EC. La utilización del enfrentamiento religioso/espiritual por pacientes con cáncer en tratamiento quimioterápico. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. mar.-abr. 2013 [acceso: 11 Jun. 2017]; 21(2): [07 pantallas]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/es_0104-1169-rlae-21-02-0539.
10. Tendencias 21.net [Internet]. Madrid: Martínez E.; Una nueva investigación descubre la base neurológica de la espiritualidad. 2003. [actualizado 25 May 2017; citado 25 May 2017]. Disponible en http://www.tendencias21.net/Una-nueva-investigacion-descubre-la-base-neurolgica-de-la-espiritualidad_a138.html.
11. Nogueira J. Espiritualidad y su relación con el bienestar subjetivo y psicológico. PSOCIAL. 2015; 1(2): 33-50.
12. Oliver A., Galiana L., Sancho P., Tomás J.M. Espiritualidad, esperanza y dependencia como predictores de la satisfacción vital y la percepción de salud: efecto moderador de ser muy mayor. Aquichán [Internet]. 2015 [citado 2017 Jun 11]; 15(2):228-238. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972015000200007&lang=pt
13. Valiente-Barroso C., & García-García E. La religiosidad como factor promotor de salud y bienestar para un modelo multidisciplinar de atención psicogeriátrica. Psicogeriatría. 2010; 2(3): 153-165.
14. Taha N., Florenza U.R., Sieverson R. C., Aspillaga H.C., Alliende L. La espiritualidad y religiosidad como factor protector en mujeres depresivas con riesgo suicida: consenso de expertos. REV CHIL NEURO-PSIQUIAT 2011; 49 (4): 347-360.

15. Rusa S.G., Ibanhes Peripato G., Iost Pavarini S. C., Inouye K., Zazzetta M.S., De Souza Orlandi F. Calidad de vida/espiritualidad, religión y creencias personales de adultos y ancianos renales crónicos en hemodiálisis. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014; 22(6): 911-917.
16. Luengo de Moura Leite C., Mendonça Rodrigues dos Anjos A. Espiritualidade e qualidade de vida em pacientes com diabetes. *Rev. Bioét.* [Internet]. 2014 [cited 2017 June12]; 22(2):380-387. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000200021&lang=pt
17. Quinceno, J. M., & Vinaccia, S. La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad. *Divers.: Perspect. Psicol.* 2009; 5(2), 321-336.
18. Ottaviani A.C., Néstor Sousa E., de Camargo Drago N., Zazzetta de Mendiondo M.S., Iost Pavarini S.C., de Souza Orlandi F. Esperanza y espiritualidad de pacientes renales crónicos en hemodiálisis: un estudio de correlación. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014; 22(2):248-254.
19. Rivas Castro A.C., Romero Cárdenas A.V., Vásquez Munive M. Bienestar espiritual de los pacientes con enfermedades crónicas de una institución de cuidado domiciliario DUAZARY. 2013; 10(1):20-25.
20. Rivas Castro, A., Romero Cárdenas, Á., Vásquez Munive, M., & Canova Barrios, C. 2013. Bienestar espiritual de adultos mayores con enfermedades crónicas de la ciudad de Santa Marta, Colombia. *Revista Cultura del Cuidado*. 2013; 10 (1), 17-26.
21. WHO Quality of Life Assessment Group. ¿Qué calidad de vida? Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. *Foro mundial de la salud*. Vol.17.1996. p.385-387. Citado 31 May 2017.
22. Mesquita, A. C., Costa Valcanti Avelino, C., Neves Barreto, M., Alves Nogueira, D., Souza Terra, F. D., & Chaves, C. L. El bienestar espiritual y la prestación del cuidado espiritual en un equipo de enfermería. *Index de Enfermería*. 2014; 23(4), 219-223.
23. Navas, C., & Villegas, H. Espiritualidad y salud. *Revista ciencias de la Educación*. 2006; 1(27): 29-45.
24. González J.A. Salud total. En: Blanco M. 101 secretos para una vida sana. 1ª edición. Florida: Asociación Casa Editora Sudamericana; 2013. p.10-22.
25. Vignolo Julio, Vacarezza Mariela, Álvarez Cecilia, Sosa Alicia. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Med Int* [Internet]. 2011 Abr [citado 2017 Jun 08]; 33(1): 7-11. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es.
26. Muñoz Devesa Aarón, Morales Moreno Isabel, Bermejo Higuera José Carlos, Galán González Serna José María. Nursing care and spiritual suffering. *Index Enferm* [Internet]. 2014 Sep [Access 2017 May 28]; 23(3): 153-156. Available from: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000200008>.
27. Freese B. T. Betty Neuman: Modelo de sistemas. En: Marriner Tomey, A., Alligood, M. R. Modelos y teorías en enfermería. Edición 5. Madrid: Elsevier; 2003. p. 298-335.
28. Witucki J.M. Margaret A. Newman: Modelo de salud. En: Marriner Tomey, A., Alligood, M. R. Modelos y teorías en enfermería. Edición 5. Madrid: Elsevier; 2003. p. 585-610.
29. Neil R.M. Jean Watson: Filosofía y ciencia del cuidado. En: Marriner Tomey A., Alligood M. R. Modelos y teorías en enfermería. Edición 5. Madrid: Elsevier; 2003. p. 145-164.
30. Mitchell G. J. Rosemarie Rizzo Parse: La evolución humana. En: Marriner To-

- 60 mey A., Alligood M. R. Modelos y teorías en enfermería. Edición 5. Madrid: Elsevier; 2003. p.528-560.
31. Herdman T.H. NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2015-2017. Barcelona: Elsevier; 2015.
32. Berman A.J., Snyder S. Promoción de la salud en la juventud y la madurez. En: Romo M.M. Fundamentos de enfermería: conceptos, proceso y práctica. 9ª edición volumen 1. Madrid: Person Education, S.A.; 2013. p.399-410.
33. Anatella P.T. El mundo de los jóvenes: ¿Quiénes son? ¿Qué buscan? En: Encuentro internacional « Jornada Mundial de la Juventud: De Toronto a Colonia » Roma; 2003.
34. Wullich M. El pueblo que no sabe de vicios. La Nación. 21 Sept 1998. Sect. Información general. Citado 28 May 2017.
35. munlsanmartin [Internet]. Libertador San Martín, Entre Ríos. [Citado 10 Jun 2018] Disponible en <https://www.munlsanmartin.gov.ar/?q=municipio>
36. Demarchi M, Castelnuovo J, Peretti G, Varisco M. En De Cristóforis N., Novick S. Inmigración internacional en Villa General Libertador San Martín (Entre Ríos): redes sociales y construcción de la espacialidad. Jornadas un siglo de migraciones en la Argentina contemporánea: 1914-2014. 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires. Instituto de Investigaciones Gino Germani; 2016. P 107-122.
37. Martín, J.-F. Los factores definitorios de los grandes grupos de edad de la población: tipos, subgrupos y umbrales. [Internet] Geo Crítica / Scripta Nova. Revista electrónica de geografía y ciencias sociales. 2005 [citado 28 May 2017]; IX (190). Disponible en <http://www.ub.es/geocrit/sn/sn-190.htm>.
38. Gómez Palencia I.P. Espiritualidad e incertidumbre ante la enfermedad en personas con diabetes mellitus tipo 2. [Tesis]. Cartagena: Universidad de Colombia en convenio universidad de Cartagena; 2010.
39. Vinaccia S., Quiceno J.M. Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. Pensam. psicol. 2011; 9 (17): 69-82.
40. Dreyer C.S., Romero Ocampo J., Peters Ocampo T. Espiritualidad juvenil en Chile hoy: características y ámbitos. Última década. 2010; n° 33:201-225.
41. Salgado Lévano A.C. Efectos del bienestar espiritual sobre la resiliencia en estudiantes universitarios de Argentina, Bolivia, Perú y República Dominicana. [Tesis doctoral]. Lima: Universidad Nacionalidad Mayor de San Marcos, facultad de psicología. 2012.
42. Oñate M. E., Resett S., Sanabria M. E., Menghi M. S. Propiedades psicométricas de la dimensión espiritualidad de la evaluación multidimensional de la religiosidad y la espiritualidad. En: VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Buenos Aires: Facultad de Psicología; 2015. p. 48-51.
43. Jiménez M. O., Vargas M. G. O., Ortiz A., & Castañeda R. F. G. Espiritualidad y cuidado de enfermería. RICS. 2016; 5(10): p 231-247.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

Grove S K, Gray J, Burns N. Investigación en enfermería: desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2012.

Fathalla M F, Fathalla M M. Guía práctica de investigación en salud. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2008.

DISEÑO Y MAQUETACIÓN: OMAR ILLESCA



En la tapa se puede ver en el fondo difuminado los logos de cada una de las universidades que componen AEUERA

ISSN 2591-5436

DESAFÍOS

ENFERMERÍA Y EDUCACIÓN
2019



[Números anteriores](#)