

número **1** EDICIÓN  
DIGITAL

# Desafíos

Enfermería & Educación / año 2013



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



**Asociación de Escuelas Universitarias  
de Enfermería de la República Argentina**

**CONSEJO DIRECTIVO AEUERA**

Presidente

**Mg. Ana Lía Mesquida**  
(UNSE)

Vice-Presidente I

**Mg. Ana Maria Heredia**  
(UNQ)

Vice-Presidente II

**Esp. Mónica Daniela González**  
(UNMP)

Secretaria

**Esp. Maria Margarita Rabhansl de Desmery**  
(UA)

Pro-Secretaria

**Lic. Cecilia Rossi**  
(UNR)

Tesorero

**Lic. Ramón Álvarez**  
(UNLA)

Pro-Tesorerera

**Lic. Marta Aliaga**  
(UNPA)

Vocal I

**Lic. Sara Lía Correa**  
(UNT)

Vocal II

**Lic. Graciela Alvarado**  
(UNPSJB)

Comisión Revisora de Cuentas:

**Hector Stroppa (UNRIV)**

**Rossana Moyano (UNT)**

**María del Rosario Carvallo (UNPSJB)**

**DIRECTORES EDITORIALES**

**Mg. Ana Lía Mesquida**

Universidad Nacional de Santiago del Estero, Argentina.

**Esp. Lic. Margarita Rabhansl**

Directora Escuela de Enfermería  
Universidad Austral, Argentina.

**Mg. Judit Figueira**

Directora Carrera de Enfermería  
Universidad Adventista del Plata, Argentina.

**Lic. Ramón Álvarez**

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

**COMITÉ EDITORIAL**

**Lic. Maximiliana La Rosa Salaberry**

Universidad Austral, Argentina.

**Lic. Brigitte Marsollier**

Universidad Adventista del Plata, Argentina.

**Esp. Lic. Silvia Cárcamo**

Universidad Nacional de Lanús  
Departamento de Salud Comunitaria, Argentina.

**Lic. Beatriz Pandeles**

Universidad Nacional de Lanús  
Departamento de Salud Comunitaria, Argentina.

**Esp. Lic. Ester Armand Ugon**

Universidad Nacional de Lanús  
Departamento de Salud Comunitaria, Argentina.

**Lic. Mabel Fortunato**

Universidad Nacional de Lanús  
Departamento de Salud Comunitaria, Argentina.

**COMITÉ DE REFERATO**

**Lic. Nora Herrera**

Directora Escuela de Enfermería  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Universidad Católica de Cuyo, Argentina.

**Lic. Gloria Bonelli**

Directora Escuela de Enfermería  
Facultad de Ciencias Médicas.  
Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

**Dra. Hilda Velásquez. de Sánchez**

Directora Escuela de Enfermería  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Universidad Nacional de Misiones, Argentina.

**Mg. Héctor Stroppa**

Director Escuela de Enfermería  
Facultad de Ciencias Humanas  
Universidad Nacional de Río Cuarto, Argentina.

**Lic. Jorge Rivero**

Director Escuela de Enfermería  
Facultad de Ciencias de la Salud.  
Universidad Nacional de Entre Ríos, Argentina.

**Esp. María Alejandra Chervo**

Directora Escuela de Enfermería  
Facultad de Ciencias Médicas  
Universidad Nacional de Rosario, Argentina.

**Lic. María Inés Martínez**

Coordinadora Carrera Lic. en Enfermería  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Universidad Nacional de Catamarca, Argentina.

**Lic. Silvia García de Camacho**

Directora Carrera de Lic. en Enfermería  
Facultad de Medicina  
Universidad Nacional del Nordeste, Argentina.

**Lic. Rossana Moyano**

Directora Escuela de Enfermería  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Universidad Nacional de Tucumán, Argentina.

**Lic. Dora del Carmen Berta**

Coordinadora Comisión de Carrera  
Carrera de Enfermería  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Universidad Nacional de Salta, Argentina.

**Lic. Irene Amelia Simeoni**

Directora Carrera de Enfermería  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Universidad de Buenos Aires, Argentina.

**Lic. Marta Valero**

Directora Escuela de Enfermería  
Facultad de Ciencias Médicas  
Universidad Nacional de Cuyo, Argentina.

**Lic. Mónica Daniela González**

Directora Escuela de Enfermería  
Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social  
Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina.

**Lic María Carballo**

Jefa de Departamento  
Departamento de Enfermería  
Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco,  
Argentina.

**Lic. Sara Ojeda**

Secretaria Académica  
Carrera de Enfermería  
Universidad Nacional de la Patagonia Austral, Argentina.

**Lic. Marta Aliaga**

Directora Unidad Académica San Julián  
Universidad Nacional de la Patagonia Austral, Argentina.

**Lic. Martha Torre**

Directora Licenciatura en Enfermería  
Inst. Académico pedagógico Cs Humanas  
Universidad Nacional de Villa María, Córdoba, Argentina.

**Esp. Silvia Raquel Duarte**

Directora Carrera de Enfermería  
Universidad Nacional de San Luis, Argentina.

**Lic. José Antonio Escobar**

Director Carrera de Enfermería  
Universidad Favaloro, Argentina.

**Mg. Ana María Heredia**

Directora Carrera Lic. Enfermería  
Universidad Nacional de Quilmes, Argentina.

**Lic. Victoria Eugenia Rosso**

Directora Carrera Lic. Enfermería  
Instituto Universitario  
Escuela Medicina  
Hospital Italiano, Buenos Aires, Argentina.

**Lic. Sergio Santa María**

Director Carrera Lic. Enfermería  
Universidad Autónoma de Entre Ríos, Paraná, Argentina.

**Lic. Laura Lucas**

Coordinadora Carrera Lic. Enfermería  
Departamento de Ciencias de la Salud  
Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca, Argentina.

**Lic. Viviana Aguilar**

Coordinadora Carrera Lic. en Enfermería  
Escuela Superior de Ciencias de la Salud  
Universidad Nacional del Centro UNICEN, Olavarría,  
Argentina.

**Lic. Mónica Martinelli**

Directora Carrera Licenciatura en Enfermería  
Instituto de Enseñanza Superior del Ejercito, Argentina.

**Lic. José A. Molina**

Director Carrera Lic. en Enfermería  
Instituto Universitario CEMIC, Ciudad de Buenos Aires,  
Argentina.



número **1** EDICIÓN DIGITAL

# Desafíos

Enfermería & Educación / año 2013

## sumario

- 
- |    |               |  |
|----|---------------|--|
| 9  | Ensayo        | <b>Siguiendo a Diofanto...</b><br><i>Despejando la "x" de la Integración Docente Asistencial en Enfermería.</i><br>Martha Ballistreri, Lorena Guarda, Lía Garnica, Dominga Vítola, Mónica Tria, Mónica Pippino, Hugo Meza, Mónica Ruiz Brok, Alma Bantle, Alejandra Ballerini, María Cristina Vidal. |
| 17 | Ensayo        | <b>Dimensión del cuidado en Salud Mental</b><br><i>Las relaciones Inerpersonales.</i><br>Mabel Fortunato   |
| 23 | Ensayo        | <b>Competencia en la escritura</b><br><i>Inicio en la producción científica.a.</i><br>Miriam del Tránsito Galván   |
| 31 | Investigación | <b>Prácticas de Crianza en Contextos de Pobreza</b><br>María Inés Bianco, Stella Felizzia, Sonia Asis, Nancy Iruستا.   |
| 45 | Convocatoria  | <b>Normas de Publicación</b>   |

## Siguiendo a Diofanto<sup>1...</sup>

Despejando la “x” de la Integración Docente Asistencial en Enfermería<sup>2</sup>

Lic. Martha Ballistreri<sup>3</sup>

Lic. Lorena Guarda<sup>4</sup>

Garnica, Lía<sup>5</sup>

Vítola, Dominga

Tria, Mónica

Pippino, Mónica

Meza, Hugo

Ruiz Brok, Mónica

Bantle, Alma

Ballerini, Alejandra

Vidal, María Cristina

<sup>1</sup> Nota de las autoras: Diofanto de Alejandría es un antiguo matemático griego considerado el padre del álgebra

<sup>2</sup> Ensayo que surge a partir de este Proyecto, inscripto en la Secretaría de Ciencia y Tecnología de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario (2011)

<sup>3</sup> Directora del proyecto

<sup>4</sup> Integrante del equipo de investigación

<sup>5</sup> Demás integrantes del equipo de investigación

¿Qué *misterio* encierra esto de la Integración Docente Asistencial [IDA]? Creemos que la palabra misterio podría ser útil ya que parece tan indescifrable y cada vez se hace más inalcanzable dentro de la Enfermería. El Diccionario de la Real Academia Española define que “*misterio*” es algo muy difícil de entender, algo extraño e inexplicable de comprender o descubrir por lo oculto que está o por pertenecer a algún arcano. Pero dejando de lado lo divino o lo azaroso, quizás esto de la [IDA] sea una “incógnita” Según el mismo Diccionario “una incógnita es una expresión o ecuación matemática, cantidad que no se conoce y se debe averiguar y que se representa por una de las letras iniciales o finales del alfabeto” (Real Academia Española, 2013). Como en salud nada es matemático, quizás venga mejor la otra definición para este sustantivo femenino: cosa que se desconoce y se desea averiguar. Pero intentemos hacer el ejercicio, querido lector, de ir analizando, desmenuzando, reflexionando sobre esto de la integración de la docencia y de la asistencia en la enfermería, para que cuando lleguemos al final de estas líneas quizás habremos encontrado y despejando la “x” de la [IDA]... y si no es así, sólo nos queda decir que es un insondable misterio.

La Integración docente asistencial [IDA] es un tipo de vinculación, casi ancestral para enfermería. Desde lo personal, las autoras llevamos entre 15 y 30 años de profesión, y ya en esos tiempos, los docentes en la Escuela de Enfermería, donde estudiamos, lo traían en forma cotidiana y permanente a las clases, trabajos

prácticos, experiencia clínicas etc., con la fuerza de un supuesto básico y central para el desarrollo al que se aspiraba en la carrera. Pero hoy cuando muchas colegas ya son doctores, especialistas, maestros, profesores y más, abarcando todo el abanico de títulos académicos o para el ejercicio profesional, sin embargo, hoy, aún seguimos debatiéndonos por la [IDA] y reconociéndola de tanta importancia como en aquel entonces ¿Pero dónde está? ¿La logramos? ¿Qué nos pasa al respecto?

Siempre se visualizó y se visualiza como un elemento vital en nuestras prácticas académicas y profesionales. Porque al decir de Rovere... *“el tema de las carreras profesionalizantes es que, no sólo los alumnos deben saber, sino que los graduados deben saber hacer. No es solamente un problema de saberes sino también es un problema de saber hacer”* (Rovere, 2011).

Y agregamos, que en enfermería, como en la mayoría de los Recursos Humanos en Salud en el país, se da hoy en un contexto de masividad de estudiantes, los cuales “todos” deben aprender el juicio y la práctica clínica. Sigue Mario Róvere: *“... los saberes prestigian y corporizan, pero las habilidades o saberes implícitos en ellos son considerados hermanos menores de ellos ya que devienen de la práctica y puede haber una práctica teórica o una teoría práctica pero una práctica pasa a ser lo menor del mercado, o sea solo eso, una práctica.”*

Traemos esta reflexión de Mario Róvere, ya que apunta y da en el centro de toda una discusión al interior de nuestra profesión, y que quizás sea uno, entre muchos, de los elementos (o ya que hablamos de ecuaciones, de “x”, de “y”) o factores que inciden en la debilidad o flaqueza de la relación entre la academia y el servicio o el campo del hacer de la enfermería.

Una de las hipótesis de la debilidad de esta vinculación es que la [IDA], combina dos ámbitos, que se necesitan mutuamente para la formación del recurso humano en salud, pero que tienen paradigmas tan diferentes que imposibilitan o “repelen” la tan mentada vinculación. Es una hipótesis que se debería confirmar o rechazar, tarea que otra vez dejamos a los lectores.

Como docentes formadores del recurso profesional de enfermería, creemos que en Rosario (como por cierto en todo el país), es fundamental contar con campos y profesionales de la clínica que permitan experiencias favorecedoras para la adquisición de las competencias necesarias para desempeñar el futuro rol enfermero. También reconocemos, y sin lugar a duda, que es una necesidad vital para las Escuelas de Enfermería y más si estamos comprometidos que “aprender la clínica”; “lograr el juicio clínico” debe estar enmarcado dentro de la “clínica ampliada”.

Esta propuesta hace más de 30 años que la sostienen los servicios de salud, principalmente los Centros de Salud públicos, aquí en Rosario, en especial los que

dependen de la Municipalidad de Rosario (con más de 25 años de historia en esta cuestión), que también adoptaron los efectores que dependen de la Provincia de Santa Fe, cuando ambos gobiernos (municipal y provincial) estuvieron alineados al interior de la corriente socialista encabezada por Hermes Binner, a partir del año 2007.

Gastón W. Souza Campos explica que la Clínica Ampliada *“...no se propone operar sobre un objeto reducido como lo es la enfermedad en su expresión individual o poblacional y considerando a las comunidades y grupos poblacionales como objetos a ser controlados o manipulados en función del saber clínico o epidemiológico. No, aquí se amplía el objeto de conocimiento y de intervención del campo de la salud, ya que toma las enfermedades y problemas de salud en su expresión individual y colectiva, pero las toma encarnados en personas concretas, no se descarta la importancia de la enfermedad, pero incorpora también la noción de problema de salud (situaciones que aumentan el riesgo y la vulnerabilidad de las personas), además de resaltar que no existe enfermedad, riesgo o vulnerabilidad separadas de personas concretas. En ese sentido, toma como objeto también la capacidad de intervención de las organizaciones y de los sujetos sobre esos problemas* (Souza Campos, 2005).

El desafío entonces es aún mayor en estos tiempos tantos para los enfermeros docentes como para los enfermeros de la práctica asistencial, ya que se amplía el objeto del cuidado enfermero según este nuevo paradigma.

Pero ¿de qué estamos hablando cuando decimos [IDA]? Aparece entonces la definición clásica de la Organización Panamericana de la Salud [OPS] *“es la unión de esfuerzos, en un proceso de creciente articulación, entre instituciones de servicios de salud y de educación para contribuir a mejorar las condiciones de vida de la colectividad, mediante la prestación de servicios adecuados a las necesidades reales de la población, la producción de conocimientos y la formación de recursos humanos necesarios en un determinado contexto de la práctica de servicios de salud y de enseñanza”* (citada por Soto Fuentes y García, 2011).

Desde siempre la [IDA] fue gestionada y buscada por la Universidad pública, en relación a los servicios asistenciales también de salud pública, subsumidos en el paradigma biomédico dominante, como una forma de coordinar la formación del personal de salud, las necesidades de los servicios, y que éstos a su vez respondan a las necesidades de la población, pero pensada siempre desde un modelo hospitalo-céntrico. Esta situación es tradicional y de antigua data en la mayoría de los países de Latinoamérica en que los procesos de aprendizaje de los médicos y otros profesionales de la salud se han concentrado en los grandes centros asistenciales de internación. En estos últimos tiempos ante la aparición de Universidades Privadas surgen convenios entre hospitales y estos centros, lo que transforma el campo de prácticas en una sobresaturación de estudiantes, docentes (pensemos no solamente en la carrera de Enfermería) y a veces en



confluencias de una o dos universidades en el mismo lugar, llevando necesariamente a una modificación de la práctica docente.

Por otra parte, algunas instituciones formadoras de recursos humanos en Enfermería como nuestra Escuela, de enseñanza pública y gratuita, y con una masiva matrícula, intentan establecer esta relación docente asistencial con sanatorios o centros privados de atención, lo que genera cierta tensión entre la formación impartida y estos lugares, que no tienen los valores que son guías en el sistema público de salud. Y pensemos que estamos hablando de estudiantes, que aún no han logrado su título de grado, lo que dificulta el abordaje de los usuarios de estos sanatorios, y el recorte en las posibles prácticas a realizar.

Desde el ejercicio de la enfermería se brega porque el profesional promueva la toma de decisiones del ciudadano con respecto a su proceso asistencial, ofreciendo la información oportuna que le permita participar y elegir con conocimiento, y propiciando el cumplimiento de sus derechos. La matrícula de estudiantes, y en nuestra carrera, se incrementa año tras año, y ya sea en ámbitos públicos o privados se enfrentan a la necesidad en sus prácticas de adquirir las destrezas y competencias propias del rol, pero sin vulnerar la intimidad y los derechos de los sujetos internados. En estos últimos tiempos, los antiguos “laboratorios de técnicas”, se han transformado en algunas Escuelas, en laboratorios de habilidades simuladas”, con la in-

corporación de maniqués, muñecos interactivos que están diseñados para recrear distintas situaciones de salud y enfermedad (partos, reanimación cardiopulmonar, colocación de diversas sondas, drenajes, auscultación ruidos pulmonares, cardiacos, otros) que no reemplazan sino que complementan la enseñanza en el campo real. Pensemos que estas intervenciones son solo una parte cuando se desarrolla el cuidado enfermero: el cuidado está envuelto en una situación dialéctica de vínculo entre el sujeto y cuidador que no se logra desarrollar con simuladores. Sin embargo, todas estas son estrategias de aprendizaje exigidas desde organismos de acreditación a las carreras señaladas como de riesgo según la Ley de Educación Superior (art. 43) (Ministerio de Educación de la Nación, 1995) y a las que están obligadas a someterse y cumplir según los estándares de calidad que allí se mencionan.

Ante la masividad estudiantil, las instituciones formadoras no alcanzan a tener el número de docentes necesarios para poder responder a las misiones institucionales de docencia, asistencia cuando corresponda, investigación y extensión. Además del número docente interesa el grado de formación y competencia tanto profesional como pedagógica, y en especial en la enseñanza universitaria. Las recomendaciones para el primer ciclo de la carrera de enfermería según los organismos de acreditación vigente sugieren un total de 2200 horas de las cuales 60% (1320 horas) deben ser prácticas. ¿Cómo lograrlas dentro de un marco legal y ético? ¿Qué contratos nuevos debe realizar la docen-

cia para poder desarrollar las competencias enfermeras y la cantidad de horas requeridas? (Chervo, 2012).

Brovelli (2011) define:

*“El curriculum universitario tiene algunas particularidades. Se le obliga más que a ningún curriculum de niveles anteriores a tener fuertes relaciones con la sociedad, para lo cual, hay que tener una lectura crítica de la sociedad, es decir, cuáles son sus necesidades, qué se quiere mejorar de esa sociedad, qué políticas educativas se esperan, por ejemplo, para solucionar problemas sociales, para tender a mayor inclusión social y una vida mejor desde lo social. Hay que poder hacer una lectura de los modos de trabajo, de las áreas profesionales, los modos de vida y desarrollo social y cultural para poder hacer un curriculum real y no en el aire. También tiene que guardar relación con el conocimiento científico y tecnológico porque se forma un profesional en una especialidad...”*

¿Qué docentes se necesitan para poder desarrollar todo esto, en el contexto actual de la Universidad? A nuestro entender pensamos que debe ser un docente comprometido social y políticamente, que se interese por la profesión, la ciencia y se comprometa con el país. Sin embargo, muchas Escuelas incluida la nuestra, tiene que contratar a profesionales de la enfermería, que ejercen en los servicios de salud de la ciudad, (mayormente estatales), que tienen perfil docente (pero no la capacitación como tal) y debe incluirlos, con escasa orientación en las distintas cátedras,, en aras, por supuesto de la masividad

estudiantil que tenemos. Los esfuerzos que hacen los distintos equipos para compensar este desbalance es inmenso, pero en última instancia la enseñanza de la practica enfermera, en el campo real se encuentra en manos de algunos “buenos profesionales enfermeros, pero con escasa o mínima formación docente”.

Volvemos a preguntarnos ¿Qué capacidades tienen que tener los docentes para poder desarrollar lo que la sociedad exige de un enfermero y de un licenciado en enfermería? Reflexionemos juntos: el ejercicio profesional reclama que el futuro egresado posea experticia y destreza para poder brindar cuidados seguros; un ejercicio centrado en el cuidado enfermero, con resolución de los problemas propios de la práctica, con énfasis en el cuidado de los sujetos colectivos, ya no en el hospital, sino desplegando la estrategia de la atención primaria de la salud (APS), de la atención en el domicilio; que tenga capacidad de desarrollar el rol en nuevas problemáticas de la salud (violencias y adicciones), con habilidades comunicacionales y habilidades para trabajar con los otros (Ballistreri, 2012)

Frente a esto se puede avizorar que la práctica en la formación del enfermero se transforma en un campo complejo y conflictivo pero es, sin lugar a duda, donde los estudiantes forman su juicio clínico y crítico. Por eso, se transforma en un contexto de elevado grado de incertidumbre, ambigüedad y de apertura, y más cuando estamos convencidos que debemos alejarnos del modelo biomédico, e intentar centrarnos en cuidar an-

tes que curar. Y los docentes debemos entonces pensar la enseñanza de la práctica enfermera con un diseño abierto y reflexionado, a partir de una realidad donde los problemas se configuran y son reconocidos de distintas formas por todos los actores que allí confluyen, docentes, estudiantes, personal de los servicios, los jefes, otras disciplinas, los ciudadanos.

Querido lector, aún hay más,... y nos parece medular a la hora de lograr la [IDA]: ¿las instituciones educadoras y los servicios de salud valorizan la función docente realizada por los profesionales de la salud en el servicio?

Este fue y lo continúa siendo un punto de intenso debate que durante el año 2011, nos ha llevado en la ciudad de Rosario, a Escuelas de Enfermería, el Colegio y la Asociación de Enfermería, junto con los equipos de gestión provincial y municipal, a discutir el rol del tutor de los campos clínicos (*para nosotros el personal del servicio que cumple funciones docentes*). El debate continúa e incluso, ha sido elaborada por parte del área de Docencia de la Secretaría de Salud, de la Municipalidad de Rosario, una propuesta de reglamentación del Sistema tutorial, para todas las carreras profesionalizantes que utilizan en la formación de recursos humanos, (de grado y post grado) los campos de la salud pública provincial y /o municipal.

Dentro de la Reglamentación de las *tutorías en servicios* de la Secretaría de Salud (Municipal) y Ministerio de

Salud (Provincial) se define a los tutores como: ... *“son los integrantes de los equipos de salud responsables de manera directa de la formación práctica, tanto de pre grado, grado como de postgrado, en las distintas disciplinas de la salud”...* (2011).

Como está planteado, y para Enfermería, es la ampliación del rol del enfermero, que dado su experticia en el campo práctico puede desarrollar funciones de capacitación a los “formandos” en su propio campo de actuación, en el marco de un trabajo interdisciplinario favoreciendo el reconocimiento de la especificidad y pertenencia a una disciplina.

Otro punto que considera la reglamentación es: *“...desde su praxis debe llevar a los estudiantes a la reflexión sobre la propia práctica, haciendo lugar a las voces que dan cuenta de experiencias y prácticas, de reflexiones sobre ellas, de modos de reafirmar sus modos de saber y de hacer.*

Volviendo al punto, en esta propuesta quedan subsumidas, entre otros, los reclamos de colegas que no encuentran espacios ni tiempos para desarrollar sus funciones docentes dado que deben priorizar la cobertura en su puesto de trabajo; falta de oportunidades de formación en la docencia, ausencia de becas, etc.

Si el tutor o profesional del servicio, debe actuar como mediador entre los aspectos conceptuales (la teoría) y las situaciones prácticas concretas (la práctica), hacien-

do visible a los estudiantes (los formandos) los mejores modos de llevar a la práctica dicha teoría, traemos para reflexionar, pensar, discutir otra incógnita de la [IDA], y que es generadora de grandes incertidumbres: si las prácticas en escenarios reales exigen de un proceso de trabajo en los servicios, coherente con la propuesta educativa. ¿Alcanza con el modelo actual? ¿Qué calidad se está ofreciendo en el cuidado enfermero? *¿Se logra un modelo de cuidado que permite y facilita la inserción del estudiante, futuro egresado?*

Arteaga Chavez y Chavez Lazo (2000) señalan que lo que aporta el campo clínico a la formación de los profesionales de la salud es un pilar fundamental. Porque sencillamente ese es el lugar donde los futuros profesionales logran la integración teoría y práctica, donde adquieren destrezas, observan modelos del rol, visualizan el trabajo en equipo, apoyan y cuidan a usuarios, familias y comunidades en su recuperación física y psíquica, es decir, en nuestra disciplina, desempeñan el trabajo de enfermero/enfermera. Por eso el gran cuestionamiento y debate acerca de las características del lugar, del docente que se desempeña en dicho ámbito y del modelo de cuidado que ese lugar tiene como impronta.

Tampoco podemos obviar, yendo a otro plano de análisis, que los imperativos de calidad y seguridad asistencial hacen que la relación entre la docencia y el servicio sea un ámbito sujeto a todo tipo de convenios y acuerdos, incluso requisitos tales como los seguros o pólizas por daños y perjuicios que se les solicita a los

estudiantes y docentes, a las instituciones formadoras, en vista a problemas que puedan originarse durante el desarrollo de las prácticas.

¿Vamos identificando algunos factores que inciden en la ecuación propuesta sobre la [IDA]? Siempre en el campo de las suposiciones, esperamos coincidir, queridos lectores, que más allá de todo, ésta relación requiere de inserción, vinculación, coordinación, trabajo planificado y compromiso social de un lado como del otro.

Por eso, nos pareció que la “x” que podría aportar en esto de la [IDA], sería la [VUELTA] (Visión Unificada de Enfermería Libre de Ataduras). Nos costó encontrar contenido a esta sigla.... pero llegamos a la conclusión: que solo una **visión unificada de enfermería** (no la docencia por un lado, la asistencia por el otro, la investigación por otro) puede librarnos de perecer como profesión. Si logramos unir los intereses, valorar en forma igualitaria la labor que docentes y enfermeros llevamos a cabo quizás podamos reconocernos interiormente y así lograr que otros, la sociedad en general nos pueda reconocer como una profesión que puede brindar mucho para el bienestar de los ciudadanos a los que presta sus cuidados.



## Bibliografía

- Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (2013, enero 13). Disponible en <http://buscon.rae.es>
- Rovere, M (2011, abril 8) Curso de Formación Docente para el Área de Prácticas en Salud en la Formación del Psicólogo. *Seminario Extracurricular*. Secretaria de Estudios de Postgrado. Facultad de Psicología, UNR.
- Souza Campos, G.W. (2005). *El Derecho a la Salud y la Construcción de Ciudadanía*. Feria de Gobernabilidad: Experiencia Rosario. Rosario: Municipalidad de Rosario, pp. 92-111.
- Soto Fuentes, P y García, MA (2011) *Impacto de un Modelo de Integración Docente Asistencial en la Formación Profesional y el campo clínico*. Cienci. Enferm. [on line] Vol. 17, N°3 [consultado 23-04-2013] p.p. 51-68. Disponible en <http://www.scielo.cl/scielo.php>
- Ministerio de Educación del Gobierno de la Nación. (Agosto 10 de 1995). *Ley de Educación Superior N° 24521*. *Boletín Oficial*. Disponible en [www.me.gov.ar/spu/legislacion](http://www.me.gov.ar/spu/legislacion)
- Chervo, M. A. (marzo 9, 2012) Núcleos conflictivos para el Diseño Curricular. Jornada de Cambio Curricular. Escuela de Enfermería, FCM, UNR.
- Brovelli, M (Noviembre 2011) *Cambio Curricular*. Jornada de Actualización. Escuela de Enfermería, FCM, UNR.
- Ballistreri, M (Junio 22, 2012). Algunas reflexiones sobre la formación docente para las actividades prácticas en la carrera Licenciatura en Enfermería, FCM, UNR. I Congreso Latinoamericano de Formación Docente de la Facultad de Ciencias Médicas, UNR.
- Secretaria de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario y Ministerio de Salud del Gobierno de Santa Fe (2011). *Reglamentación de las tutorías en Servicios de la Secretaria de Salud/Ministerio de Salud* (mimeo).
- Arteaga Herrera J y Chávez Lazo E. (2000). La Integración docente asistencial investigativa. *Rev. Cubana Educ. Med. Super.* 14(2) pp. 184-95.

## Dimensión del cuidado en Salud Mental

### Las Relaciones Interpersonales

Mabel Fortunato<sup>1</sup>

#### Palabras Clave

Cuidados

Transferencia

Relación Terapéutica

Rol

*El cuidado pone siempre en relación dos o más personas en posiciones diferentes y complementarias, además de interdependientes porque ambos deben cumplir determinados objetivos. La persona expresa lo que considera su necesidad, que contiene la situación de vulnerabilidad en que ésta lo sitúa. La respuesta profesional va a estar sujeta al modo en que se la comprende, y el contexto en que dicha relación se produce.*

La cultura<sup>2</sup> establece el cuidado como forma de convivencia que viene regulada mediante las instituciones de diverso orden y especialización. El Estado y sus instituciones tienen la primer responsabilidad en cuanto a la regulación y protección en la provisión de cuidados, en segundo lugar, todos y cada uno de los sujetos. *Esto suele llamarse cultura o ética del cuidado.*

La persona en su desarrollo se caracteriza por seguir un camino hacia la dependencia relativa, es decir no pasa de la dependencia absoluta a la autonomía. Esta dependencia relativa es un indicador de salud ya que implica el reconocimiento de la necesidad -recíproca- de ayuda del otro como un ejercicio de ciudadanía, ya que autonomía y dependencia son dos conceptos relacionados, imbricados en el establecimiento de vínculos. Como expresa Pichón Riviere<sup>3</sup>, los niveles de

<sup>1</sup> Docente-Investigadora UNLa. A cargo de la asignatura Enfermería en Salud Mental.

<sup>2</sup> Desde la perspectiva freudiana, simplificada, la cultura es un esfuerzo colectivo tendiente a dominar la naturaleza y a regular las relaciones de los seres humanos entre sí.

<sup>3</sup> Pichón Riviere E, "Teoría del vínculo" Visión, Buenos Aires. 1982.

autonomía, tanto la sentida por el propio sujeto como la atribuida por los otros no son inquebrantables, fijas ni inapelables sino que se renuevan constantemente en la vida subjetiva, se producen cambios en tanto las condiciones sociales cambian, situación por la cual lo que instaura el progreso madurativo es la interdependencia, es decir, el reconocimiento de la necesidad del otro en distintos niveles. En el contacto con el otro se construye la subjetividad influida por la internalización de los valores sociales de cada momento histórico que se entrelazan con la modalidad pulsional singular de cada persona. En todo este entramado se configura lo humano, la relación, el vínculo, que es singular para cada sujeto, a este proceso podemos llamarlo el aprendizaje del cuidar y del cuidarse. Estos cuidados oscilarán en función de la necesidad existente, en un continuum temporal.

La interacción con el paciente/usuario puede conceptualizarse como una tentativa de entender<sup>4</sup> conductas patológicas o no, a través de una escucha adecuada.

El cuidado es posible cuando se reconoce la vulnerabilidad, propia y ajena. Siempre necesitamos del otro ya que en toda relación social sentimos, muchas veces, la necesidad de otra persona que nos guía, nos

<sup>4</sup> Entender: posibilidad de desgranar la conflictiva del sujeto que se presenta con lo manifiesto y debemos ser posibilitadores que puedan hacer aflorar lo latente inscripto en el inconsciente, reflejado en la palabra, para lo cual uno debe tener buena escucha. Materazzi M.

contiene. Esto implica reciprocidad, la cual toma diversos modos e intensidad a lo largo de la vida de cada persona. Constituye toda relación creativa e implica un aprendizaje de competencias.

El cuidado es la forma de abordar las acciones que surgen del conocimiento de la vulnerabilidad de los demás y de uno mismo, no es, por lo tanto, un grupo de actividades determinadas.<sup>5</sup> Surge del cruce entre lo racional y lo emocional, este último aspecto se da por el reconocimiento de la vulnerabilidad de quien es objeto de atención. En ese sentido adquiere centralidad en nuestra orientación profesional, transformándose en una concepción ética, un tomar conciencia en las dimensiones físicas, políticas, sociales, económicas, culturales y psíquicas de la vulnerabilidad. Cuando cuidamos, en acto laboral, este tomar conciencia de la vulnerabilidad y grado de dependencia del otro facilita la relación. Debemos ayudar al otro a comprender, ante una necesidad y solicitud de ayuda, que la misma no es vergonzante. Además nos permite evitar actitudes que rayan con la omnipotencia (que es la negación

<sup>5</sup> M. Moliner refiere que el término cuidar viene del latín “cogitare” y significa “pensar o discurrir para algo”, también “tener cierta preocupación o temor”. Define el cuidado como intranquilidad o preocupación por el temor de que haya ocurrido u ocurra algo malo.

del otro)<sup>6</sup> y le permiten no anclarse en una relación de dependencia. El otro, objeto de nuestro cuidado, aceptando el mismo, posibilita nuestra realización profesional que es también personal.

El cuidado pone siempre en relación dos o más personas en posiciones diferentes y complementarias, además de interdependientes porque ambos deben cumplir determinados objetivos. La persona expresa lo que considera su necesidad, que contiene la situación de vulnerabilidad en que ésta lo sitúa. La respuesta profesional va a estar sujeta al modo en que se la comprende, y el contexto en que dicha relación se produce.

La relación enfermero-paciente, relación de tipo asistencial<sup>7</sup> es una herramienta imprescindible en la provisión de cuidados, siempre y cuando se sepa escuchar y no se den respuestas estereotipadas, tipo receta, ya que esto redundaría en ubicar al paciente en una condición de sujeto pasivo y en un estado de dependencia alienadora.

Se entiende por relación terapéutica aquella ubicada en la realidad de cada uno que da lugar a una relaboración mutua, donde las experiencias positivas de cada uno refuerzan el vínculo, lo que facilita el cum-

<sup>6</sup> Para el que recibe el cuidado corre el riesgo de una relación de sometimiento que pone en juego su dignidad, para quienes brindamos cuidados el riesgo de caer en una práctica rutinaria, irrespetuosa, estereotipada, frustrante e intelectualmente pobre.

<sup>7</sup> Relación asistencial: *assitere* es hallarse cerca de, sentarse junto a

plimiento del tratamiento con los mejores resultados.

La relación profesional que se produce entra en el campo de las ciencias humanas y está influida por lo que se conoce como fenómenos transferenciales. El profesional es colocado por el paciente en una determinada posición que no depende de la voluntad de aquel. El que es cuidado transfiere, coloca, desplaza en quien lo atiende sus modos aprendidos de relación estableciendo relaciones de sometimiento, de dependencia, de acercamiento, de distancia, de queja, exigencia, reclamo, etc. A veces esto dificulta el cuidado. Ante estos fenómenos transferenciales se responde, a veces, de diversas formas como identificándose o confundiendo con el paciente, o deslindándose del problema lo que no favorece la tarea. Se designa a la Transferencia como un proceso constitutivo de la cura psicoanalítica, en el cual los deseos inconscientes del analizado concerniente a objetos exteriores se repiten en el marco de la relación con el profesional de salud colocando a éste en la posición de esos objetos exteriores.<sup>8</sup> La Transferencia “Designa, en psicoanálisis, el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y de un modo especial, dentro de la relación analítica. ***Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de***

<sup>8</sup> Roudinesco E.-Plon M. “Diccionario de psicoanálisis”

**actualidad.**<sup>9</sup> En la obra de Freud, el concepto fue variando, inicialmente era entendido como resistencia, luego como una herramienta fundamental para la cura. Los profesionales que manejen el concepto de transferencia cuentan con una herramienta útil que puede facilitar el trabajo. Puede ser positiva, negativa o ambivalente.

Estas situaciones transferenciales provocan en el cuidador una serie de movilizaciones –contratransferenciales- cuyo conocimiento y manejo es indispensable.

Las transferencias tienen que ver con expectativas recíprocas que van a ser más o menos satisfechas y van a influir en el modo en que percibimos las diversas situaciones, como las interpretamos y como actuamos frente a ellas. Esto condicionará el éxito o fracaso de nuestra intervención. La contratransferencia es el resultado de la influencia del paciente sobre los sentimientos del profesional de salud, es el conjunto de reacciones y sentimientos que el profesional de salud experimenta respecto de su paciente.

Para Peplau<sup>10</sup> las relaciones interpersonales en enfermería se desarrollan en diferentes etapas: orientación, identificación, explotación y resolución. Y a través de

<sup>9</sup> Laplanche& Pontalis “Diccionario de Psicoanálisis”

<sup>10</sup> Bases históricas y Teóricas de la Enfermería II Teoría de las Relaciones Interpersonales H. Peplau Lic. María Luz Fernández Universidad de Cantabria España.

estas etapas la enfermera va adaptando diferentes roles para interactuar con los pacientes. El conocimiento de la teoría de las relaciones interpersonales<sup>11</sup> facilita la tarea de enfermería ya que permitiría detectar rápidamente las necesidades del paciente y por ende, brindar una intervención oportuna. Peplau afirma que enfermería es un proceso dinámico y que la enfermera debe primero comprender sus conductas para después poder brindar ayuda. También afirma que enfermería tiene que estar capacitada para poder reconocer y responder a la necesidad de ayuda del otro.

La teoría de Peplau se centra en la relación terapéutica que se establece entre enfermería y el paciente. Esta relación es dinámica por lo que enfermería no solo trabaja para el paciente sino con él, donde el respeto a la dignidad del ser humano debe ser mutua. Esta teoría se basa en el modelo humanista donde es fundamental la integración reconociendo los componentes biológicos de cada persona, los aspectos psicológicos, culturales y sociales. La persona es considerada por Peplau, como un organismo que vive en un equilibrio inestable. La vida es un proceso de lucha por lograr un equilibrio estable. En la teoría de Peplau lo importante es la relación entre enfermero-paciente y describió cuatro fases para su desarrollo:

- **Orientación:** la persona/familia/comunidad tiene una necesidad y busca ayuda, enfermería, con la participación activa de todos los

<sup>11</sup> H. Peplau “Enfermería y las relaciones interpersonales” 1960.

involucrados, se ocupa de recolectar información e identificar problemas

- **Identificación:** ha medida que la interacción entre la persona/s-enfermera/o avanza la primera empieza a expresar sus sentimientos y se acerca al profesional que le brinda ayuda
- **Explotación:** la persona aprovecha los servicios que le ofrece enfermería y los utiliza al máximo para recuperar su salud
- **Resolución:** es preciso resolver las necesidades de dependencia psicológica del paciente hacia enfermería para fortalecer su capacidad de valerse por sí mismo

Estas etapas no son estáticas sino que se pueden dar simultáneamente. En la relación terapéutica enfermería va transitando por ellas asumiendo diferentes roles utilizando al máximo sus habilidades a través de la capacitación continua y la experiencia adquirida.

También se describen roles que se asumen según la necesidad que plantea el cuidado de enfermería:<sup>12</sup>

- **Rol de extraño:** el paciente y la enfermera/o no se conocen
- **Rol suministrador de recursos:** enfermería ofrece respuestas al paciente explicando el plan de cuidados a seguir
- **Rol educador:** es una combinación de todos los

<sup>12</sup> Bases históricas y teóricas de la Enfermería Modelos y Teorías en Enfermería Universidad de Cantabria.

roles y debe partirse de lo que sabe el paciente en función de su interés y capacidad

- **Rol de líder:** enfermería ayuda al paciente a asumir tareas mediante una relación de cooperación y participación activa
- **Rol de sustituto/a:** el paciente sitúa al enfermero/a en el rol de sustituto/a apreciando sus actitudes y conductas que le recuerdan relaciones pasadas, enfermería debe ayudar al paciente a diferenciar entre las personas que recuerda y el profesional
- **Rol de consejera/o:** enfermería debe ayudar al paciente a que recuerde y entienda lo que le sucede en la actualidad

Toda praxis necesita reconocerse, reflexionarse, contextualizarse, problematizarse, la cual al interactuar con el sujeto de atención resulte en un producto conceptual: una base de conocimientos significativos y acumulativos. Disposición de un mayor conocimiento de los fenómenos que hallamos en nuestra praxis cotidiana nos garantizan una intervención autónoma. Un proceso en donde el enfermero debería abordar su espacio socio-laboral como problema, como hecho cognoscente, facilitando así la objetivación de su percepción de la realidad, introduciéndolo en cierta complejidad epistemológica del cuidado inserto en una realidad también compleja.

## Bibliografía

- Bourdieu P. (1990) “Sociología y Cultura” Grijalbo, México.
- Foucault M. (1992) “Microfísica del poder” La Piqueta.
- Kaminsky G. (2010) “Dispositivos Institucionales I: Democracia y autoritarismo en los problemas institucionales” Lugar Editorial, Buenos Aires.
- Kazi/Ajuez (2008) “Salud Mental: Experiencias y Prácticas” Espacio Editorial, Buenos Aires.
- O’ Toole / Welt (1996) “Teoría Interpersonal en la práctica de la Enfermería: Trabajos seleccionados de H. Peplau”. Masson, Barcelona.

## Competencias en la escritura

### Inicio en la producción científica

Prof. Miriam del Tránsito Galván<sup>1</sup>

#### Palabras claves

Competencia  
Escritura académica  
Estudiante de enfermería  
Alfabetización académica  
Educación universitaria

<sup>1</sup> Licenciada en Enfermería. Mg. En Servicios de Salud y Seguridad Social. Docente Asociada / Investigadora Categorizada. Universidad Nacional de Lanús. Buenos Aires/ Argentina. mdeltgalvan@yahoo.com.ar

#### Resumen

*En el presente artículo se describe experiencia personal realizada como docente de la carrera de Licenciatura en Enfermería, en la Universidad Nacional de Lanús, en el primer espacio curricular profesionalizante, con el propósito de ofrecer espacios para el aprendizaje significativo y el comienzo de la construcción de la competencia de escritura e inicio temprano de la producción científica. Desde la historia del desarrollo de la ciencia Enfermera, se afirma y acuerdo que es necesario que en el colectivo en general y en especial en nuestro país, la disciplina de enfermería aún posee asignatura pendientes como la producción científica, difusión de las experiencias prácticas, investigaciones y publicaciones entre otras. Por ello considero importante iniciar estrategias pedagógicas y didácticas desde el primer año de la formación, orienten y motiven a iniciar la escritura académica en el grupo de estudiantes de manera tal que la competencia se adquiera durante la etapa profesionalizante y sea valorada como necesaria en la praxis profesional y a lo largo de toda la vida.*

#### Introducción

En la Ciencia Enfermera, es frecuente escuchar la escasa producción de artículos e investigaciones que se realizan. Por ello los docentes universitarios debemos asumir la responsabilidad de estimular y crear el hábito en los grupos de estudiantes que desde el primer año comiencen un camino de escritura y producción de artículos de manera que el ejercicio sea incorporado como una praxis natural y necesaria. La compe-

tencia sobre la escritura es así una capacidad posible que logren los estudiantes a través de los objetivos y propósitos de los enseñantes. La propuesta implicaría por lo tanto una comprensión que las praxis docentes no deberá centrarse solo en la transmisión de los conocimientos de la parte que se considere necesaria aprender. Las prácticas discursivas y de pensamientos deben ser enseñadas a través de estrategias pedagógicas de que los estudiantes indaguen, investiguen, escriban, descubran, debatan y expongan entre otras, como así también que presenten trabajos escritos con pautas y requisitos claros. Carlino (2005) hace referencia al concepto de alfabetización académica, que se desarrolla desde el entorno anglosajón, como el conjunto de intervenciones que logra incorporar como práctica docente habitual, a la lectura de textos, escritura y posicionamiento en relación a la lectura realizada, siendo la manera que se transforma el conocimiento incorporándose y apropiándose de manera significativa por cada estudiante. Ingresar a la Universidad no solo implica aprender y profundizar saberes disciplinares, sino que además en los años y etapas profesionalizantes el futuro egresado debe aprehender a escribir y leer artículos científicos, por ello es importante iniciarse estas actividades desde el inicio del recorrido de los espacios curriculares.

### Desarrollo

Desde la Asignatura de Enfermería Materno Infantil I, que se desarrolla en el segundo cuatrimestre del primer año de la Carrera de Licenciatura en Enfermería,

se propone al grupo de estudiantes, en el primer día de clases, (dos comisiones en el turno mañana y una en el turno tarde) analizar una película titulada: “Desde el Vientre Materno”.

Se ofrece una guía de seguimiento y análisis la cual se realiza una lectura previa y que durante la proyección de la película seleccionada, se elabora una guía de seguimiento con los recortes del conocimiento que se proponía para ayudar a los estudiantes a identificar tratándose a modo de ideas y conceptos principales de la proyección. Las consignas fueron, presentar el trabajo a manera de trabajo práctico según Norma existente en la UNLa. El mismo podía ser grupal o individual, a manera de responder la guía de lectura presentada, es decir pregunta y respuesta o redactándose el mismo a manera de artículo, cuyo título debía ser “Diario Íntimo de Vida Intrauterina”. Se debía insertar foto de los autores, y escribirse en primera persona.

Las sugerencias para la modalidad de la presentación, fueron las propuestas por la Universidad para las entregas de trabajos prácticos. Incluyen pautas generales de márgenes, tipo y tamaño de letra a utilizarse, portada entre otras sugerencias. Estos aprendizajes se consideran como marcos generales para iniciar a construirse la competencia de escritura académica. Se sugiere que la bibliografía si es necesaria consultarla, se ajunte a Normas APA, las cuales acercan más a los aprendizajes significativos de cómo citar la Bibliografía en artículos científicos.

“Escribir, para los estudiantes, es un acto de cruzar fronteras- o de pararse en el umbral tratando de imaginar cómo cruzar- .....encuentran una variedad de comunidades discursivas, con sus lenguajes y convenciones especiales, con sus estándares para argumentar y dar razones, y con sus propias historias, como un discurso del cual se ha formado un conjunto de supuestos, lugares comunes y cuestiones “claves” que los de adentro comparten....” Carlino, (2005) citando a Flower y Higgins, 1991.

La experiencia de un aprender en colaboración, con otros, compartiendo espacios por fuera de la universidad, pero produciendo conocimiento como requisito de presentación de trabajo práctico para una asignatura, libremente y de manera optativa en relación a la modalidad a su vez se pretendió a construir la competencia del inicio de la autonomía e independencia profesional.

Se presenta a continuación la producción de uno de los grupos seleccionados para mostrar los resultados obtenidos en relación a la propuesta. En todas las comisiones, donde se realizó la propuesta se obtuvo varios escritos con la presente consigna, el mayor porcentaje presento el trabajo práctico a modo de respuestas de las preguntas guía. El que se presenta a continuación, fue uno de los mejores redactados.

**Universidad Nacional de Lanús**  
**Departamento de Salud Comunitaria**  
**Carrera de Licenciatura en Enfermería**

**Presentación del “Diario Intimo de mi Vida Intrauterina”**

**Asignatura: Enfermería Materno Infantil I**

#### Autoras

Andrea Agüero, Cynthia Kruger, Daniela Ostoni, Ana Palma, Cecilia Palma. Licenciatura en Enfermería cohorte 2010.

**Las estudiantes según orden de aparición de la imagen de izquierda a derecha**

#### Querido diario:

Ha pasado alrededor de **una semana** desde que dejé las trompas de Falopio para dirigirme hacia el útero, será allí donde me desarrollaré a la espera del día en el que pueda salir al mundo exterior.

Llevo **tres semanas** de vida, mido 1.25 mm. Mi primer órgano es el corazón, aunque no es mayor que una semilla de amapola; mis latidos son espasmódicos y aún no son perceptibles. En esta etapa me alimento a través del saco vitelino, el cual me proporciona nutrientes.



Me encuentro en la **octava semana** de gestación, mido alrededor de 14 a 22 mm. El saco vitelino se ha marchitado, su función ha sido reemplazada por la placenta, que además de proporcionarme comida, oxígeno y agua, me protege de agentes nocivos.

A las **nueve semanas** he alcanzado unos 22 a 30 mm, empiezo a moverme sin poder controlarme, todo mi cuerpo tiembla involuntariamente, lo que fortalecerá mis músculos y extremidades. Mi corazón late a 157 pulsaciones por minuto.

Al transcurrir las **once semanas** mido 7 cm, me encuentro en un espacio amplio y, al chocar contra sus paredes, me gusta patear y jugar todo el tiempo. Ya tengo un hígado, dos riñones y un estómago semejante a un grano de arroz. Mis músculos se han desarrollado por completo.

En la **semana dieciséis** mido 14 cm y peso aproximadamente 80 gramos. Mi sistema nervioso ya funciona y mi cerebro empieza a tomar el control de mis movimientos, ya son a voluntad. He descubierto mis manos, aunque mis pies no se desarrollan aún. Mi corazón late a un ritmo de 140 a 150 pulsaciones por minuto. Me di cuenta que algo ocurre en el exterior, me tocaron, me empujaron y eso me molesta, por eso he descubierto que puedo doblarme, girar y moverme ¡esto es muy divertido! Y el espacio es tan amplio, que me permite hacerlo sin

problemas. Descubrí algo alargado y flexible, que se encuentra unido a mi estómago y a la placenta, no sé que es, pero me gusta agarrarlo y jugar con él.

Hace **18 semanas** que vivo aquí, hoy se me ocurrió probar que gusto tiene el líquido que me rodea, no me gustó mucho, estoy seguro que la comida que hace mi mamá sabe mejor; en 3 ocasiones puedo saborear lo que ella cocina. Mis dedos tienen rayas y curvitas, ¿serán mis huellas dactilares?

Me encuentro en la **semana veinticuatro**, mis sentidos están funcionando a pleno; intenté ver que me rodea, pero todo está oscuro, sin embargo, en ocasiones puedo ver una leve claridad. Me gusta escuchar la melodía de la voz de mi mamá.

Ya pasaron **veintiséis semanas**, descubrí mi dedo pulgar y empecé a succionarlo, eso me relaja y me duermo. Siento cuando mi mamá está nerviosa o tranquila, triste o feliz y eso me afecta. A veces percibo que mi pancita se mueve de golpe, creo que tengo hipo. En esta semana se terminaron de formar mis pulmones, los cuales están llenos de líquido. ¡Cada vez falta menos! ¡Ya cumplí **veintiocho semanas**! Mi sistema nervioso se encuentra totalmente formado. Cuando mami me pone su canción favorita la puedo recordar y me relaja. Ya no tengo el mismo espacio que antes, no puedo flotar a mi antojo, ni moverme sin tocar las paredes.

Ahora choco a menudo contra ellas y mamá nota los empujones.

Estoy transcurriendo la última etapa, llegué a la **semana treinta y tres**; ya estoy totalmente desarrollado, sólo me dedico a engordar y a prepararme para el momento en que salga de la panza de mi mamá. El espacio es cada vez menor, esto me hace sentir incómodo y sé que a mamá también.

¡Llegó la hora! A las **treinta y ocho semanas** todos mis órganos se encuentran desarrollados y funcionando. Estas últimas semanas fueron una especie de ensayo general para mi vida en el exterior.

Se ha roto la bolsa que me cubría y el líquido en el que flotaba ya no está. Comienzo a bajar por el canal, haciendo fuerza con mi cabeza; mi corazón late más fuerte para ayudarme a atravesar este difícil camino que me llevará a los brazos de mamá.

¡Ya Salí! El líquido de mis pulmones se secó y comienzo a respirar por mis propios medios; siento cosas que nunca sentí, ¡tengo hambre y frío! ¡Me molesta la luz! ¡Hay mucha gente a mí alrededor! ¡Todos me miran! Por fin llego a los brazos de mamá, siento su calor y protección, la percibo feliz y contenta al saber que soy un varón.

Cuando nos quedamos solos... escuché su dulce voz que me decía: “Este camino nos será difícil, habrá cosas lindas y feas, pero llegará un día en que, de la paleta que coloreó al mundo, el negro habrá desaparecido. Habrá mucho verde, alegre rojo, vivo amarillo y celeste cielo. Mientras ese día llegue, hay un aquí y un ahora”...

Por eso sé, que nos espera toda una vida de felicidad junta.

#### Bibliografía

“Desde el vientre materno” (2005) National Geographic, Película analizada en Clase DIRECCION Y REALIZACION: Toby McDonald. DURACIÓN: 94 min.

Enciclopedia semanal ilustrada (1973) “*Libro de la vida*” ed. abril Educativa y Cultural S.A fascículos 1 y 2.

“*Ser Padres Hoy*” (2001) año 1 n° 11 años 4 n° 37 Ed. García Ferré S.A

Lowdermilk, Perry, Bobak (2002) “*Enfermería Materno infantil*”. Vol. 1. Capítulo 14.



### Conclusiones

La experiencia se consideró enriquecedora para el proceso enseñanza-aprendizaje. Los estudiantes que decidieron enfrentar el desafío manifestaron sentirse motivados y a los mismos tiempos dubitativos ante la propuesta, y es desde este momento confuso y nuevo, desde donde muchas veces se pueden crear nuevos conocimientos, ya que la confusión primera es fundamentalmente por confrontaciones de conocimientos previos con los nuevos adquiridos. (Vigotsky, zona de desarrollo próximo, 1988). Según las teorías de aprendizaje, luego del momento de confusión, se comienza a ordenar los pensamientos con nuevos conocimientos, se selecciona los más significativos y se acomoda en una nueva estructura del pensamiento, desde donde puede ser utilizado para la resolución de problemas. (Piaget, 1980).

Como experiencia docente, se muestra que si a los estudiantes se los orienta con propuestas novedosas y nuevas, se los motiva hacia la escritura académica desde sus inicios de la carrera, guiándolos con consignas claras, pueden comenzar el camino de producción de escritos, con errores y aciertos fortalecedores del mismo proceso del aprehender. Ejercitan a su vez y de manera progresiva la manera de citar bibliografía, ponen en juego el análisis crítico de sus propias capacidades para crecer en cada espacio curricular transitado, algunos adquieren en un espacio compartido con los otros y/o profundizan el manejo de la herramientas tecnológicas actuales desde un hacer protagónico y

comprometido de la escritura, ejercicio que muchas veces carece de estímulo y enseñanza, por los docentes mismos. El crear junto con otros fortalece la construcción de conocimientos, el intercambio y la solidaridad grupal. El trabajo colaborativo aporta a la construcción de competencias de trabajo en equipo, que son capacidades a trabajarse de manera transversal durante los años de formación de cada estudiante. Es además una manera donde los estudiantes ejercitan lenguaje específico del área de salud, acrecentando el vocabulario con terminologías científicas. El escribir y el leer son así actividades que al ejercitarse posibilita a o los estudiantes progresivamente a adquirir ésta nueva competencia específica.

Es necesario que los docentes podamos autorreflexionar sobre nuestras prácticas docentes, para repensar y elaborar estrategias que despierten al estudiante desde sus primeros años de formación académica el entusiasmo por escribir y publicar sus textos, lo cual a su vez la intervención del docente ejercita la relación de ayuda cumpliéndose la triada del proceso enseñanza aprendizaje, ejercitada en la praxis cotidiana, a través del proceso reflexivo y complejo, con objetivos transversales y verticales fortalecidos por la interacción en la construcción Profesor (es)-Estudiante (s), con capacidades metacognitivas y aprendizajes de valores, actitudes y trabajo colaborativo.

La capacidad para las producciones escritas dentro de la Ciencia Enfermera, quizás se deba comenzar desde

el comienzo de la formación universitaria. Para ello el plantel Docente debe tener como objetivos en cada una de las asignaturas, que es posible construir la competencia, la cual se deberá ejercitar y mejorar a lo largo de toda la vida del ejercicio profesional.

Reflexionar sobre nuestras praxis docentes (de enseñante), desde el reconocimiento que son actuales debilidades de nuestra Profesión, nos debe estimular a pensar estrategias que rompan las tradicionales maneras de enseñar, con un ejercicio de visión ampliada al cambio, estimulándose las producciones científica escritas y publicadas, situación tan autocrítica por nuestro colectivo profesional.

*“Escribir, leer y aprender en la universidad como lo propone Carlino, debe ser una tarea docente, en todos los niveles y orientaciones, debemos ocuparnos de la “alfabetización académica” en el campo de especialización porque la lectura y escritura son principales instrumentos de aprendizaje y porque no son habilidades generales que puedan ser transferidas a cualquier contexto sino que tienen especificidades en cada rama del conocimiento.”* Carlino (2005).

Para concluir propongo momentos de reflexión de nuestras praxis docentes, que asumamos la importancia de la alfabetización académica, que leer y escribir no son competencias que el estudiante universitario la tiene que traer adquirida, por que el ingreso a una disciplina, lo enfrenta con terminologías y conocimientos

teóricos-conceptuales totalmente nuevos, específicos de la ciencia y en éste caso a la ciencia enfermera, que los aprendizajes previos vulgares que acompaña a cada estudiante deben ser repensado y organizado de otra manera con las intervenciones estratégicas y pedagógicas de docentes que transforme en conocimientos científicos para ofrecer cuidados de calidad a las personas, familias y comunidades en su conjunto. Iniciándose en cada estudiante el deseo y búsqueda insaciable de investigar, escribir, publicar y difundir conocimientos nuevos de enfermería.

## Bibliografía

- Baquero, R. (1998) “*Tensiones y paradojas en el uso de la Psicología Sociohistórica en educación*”, en AAVV Debates constructivistas Aique, Buenos Aires, pp. 123-145.
- Carlino, P. (2005) “*Escribir, leer y aprender en la universidad. Una introducción a la alfabetización académica.*” Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires. Argentina.
- Chevallard (2000) “*La Transposición Didáctica: del saber sabio al saber enseñado.* Editorial AIQUÉ. Buenos Aires. Argentina.
- Vigotsky, L. (1988) “*Cap. IV: Internalización de las funciones psicológicas superiores*”, y “*Cap. VI: Interacción entre aprendizaje y desarrollo*”, en: El desarrollo de los procesos psicológicos superiores, Crítica, Grijalbo, México, pp. 87-94 y 123-140.
- Wertsch J. (1988) “*Cap. 2: “El método de Vigotsky”*”, en: Vigotsky y la formación social de la mente, Paidós, Barcelona, pp. 35-74.

## Prácticas de Crianza en Contextos de Pobreza

María Inés Bianco<sup>1</sup>  
 Stella Felizzia  
 Sonia Asis  
 Nancy Irusta

<sup>1</sup> Docentes de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Humanas. Universidad Nacional de Río Cuarto. asfelizzia@gmail.com

### Resumen

El cuidado es inherente a toda cultura en el sentido de que posee formas, patrones, expresiones y modos de explicar el bienestar, la salud o la enfermedad.

En la familia se observan las interacciones humanas y sociales; se tejen los lazos afectivos, las expresiones de afecto, la vivencia del tiempo y espacio. Cuidar es una de las funciones de la enfermería desde la perspectiva holística del cuidado enfermero.

### Objetivos

Identificar los tipos de familia y sus características sociodemográficas. Mostrar aspectos de la crianza relacionados con la educación y el tiempo libre. Conocer las principales dificultades en la crianza.

Metodología: Estudio cuali-cuantitativo de carácter descriptivo. Universo: adultos de familias con hijos a cargo que residen en zona de quintas y hornos de la ciudad de Río Cuarto. Se entrevistaron 55 personas que en forma voluntaria y espontánea aceptaron. Se indagó hasta obtener saturación de respuestas. La técnica fue lista de cotejo y encuesta mediante entrevista. La información fue analizada por similitud de respuestas generando categorías en prosa; los datos cuantitativos en tablas.

### Resultados

La crianza de los hijos se da en condiciones de precariedad. La educación es importante en los pequeños y

para los hijos mayores el trabajo. El acompañamiento del aprendizaje es dificultad para los padres por barreras culturales, intelectuales e idiomáticas. Priorizan educación sobre salud y actividades cotidianas. La mujer es la responsable de la crianza. Hay poco esparcimiento y el tiempo libre es con la familia. Las dificultades se relacionan con aspectos económicos, comunicación y cumplimiento de la función materna-paterna.

### Conclusión

En las familias hay padres con bajo nivel de instrucción y carencia de vivienda, vestimenta y servicios básicos, sin embargo el niño recibe estímulo emocional y afectivo positivo, traducido en apoyo; con este factor protector, aunque sigan presente los demás riesgos, es promisorio el desarrollo hacia la adultez. Esta perspectiva de la resiliencia, deja de ver a las familias como entidades dañadas y las empieza a ver como capaz de reafirmar las posibilidades de reparación.

Si la crianza apunta a brindar herramientas a los hijos, para enfrentar los eventos que surgen en su desarrollo, estos serán capaces de convertirlos en aprendizaje y no en desesperanza. A enfermería le cabe un rol del cuidado de la salud y calidad de vida de las familias e incluir la temática en programas y proyectos de educación para la salud.

### Introducción

El cuidado es inherente a toda cultura en el sentido de que esta posee formas, patrones, expresiones y modos de cuidado para explicar el bienestar, la salud o la enfermedad.

La familia como unidad o sistema es un campo privilegiado de observación e investigación de las interacciones humanas y sociales. En ella se tejen los lazos afectivos primarios, los modos de expresar el afecto, la vivencia del tiempo y del espacio; las distancias corporales, lenguajes, la historia de la *familia grande*; es decir, todas las dimensiones humanas más significativas se plasman y transmiten en la cotidianidad de la vida en familia. La familia es un sistema abierto que tiene múltiples intercambios con el contexto amplio en el que se inserta; recibe y acusa impactos sociales, políticos, económicos culturales y religiosos.

Hoy las familias se encuentran con desafíos y frustraciones que amenazan sus estructuras presentes y someten sus recursos a exigencias excesivas. La sociedad, en general, reconoce poco la importancia de la familia y no acude en su ayuda hasta tanto no se encuentre en crisis e incapaz de regularse.

*“En general, la mayoría de los estudios se centran en aquellas familias que tienen dificultades para hacer frente a una gama de problemas emocionales, físicos (drogas, maltrato, abuso), por consiguiente, sabemos bastante más sobre las familias “problema” y presumi-*

*mos que las familias “normales” carecen simplemente de estas características. Lo que no conocemos, o no damos a conocer, son justamente los aspectos positivos, los lados fuertes y los atributos de las familias que enfrentan eficazmente el estrés cotidiano”.*

Cada vez es más difícil y compleja la tarea de ser padres en la sociedad actual, incluso para quienes todavía no han constituido nuevos hogares o desean incorporar el ejercicio de la función parental entre sus proyectos de vida personal o común de las parejas.

Estudios realizados reafirman la importancia del papel socializante que cumple la familia, independientemente de sus principios internos de organización jerárquica, modos de estructuración, interacciones y ejercicios de roles, direccionalidad familiar, relaciones de poder y dinámica socio-afectiva entre sus miembros.

*“Para que el potencial genético con que los niños nacen se desarrolle plenamente, se exige una serie de recursos de quienes se encargan de su cuidado. Ellos son: el tiempo, el apoyo, el afecto, la atención que se refleja en la cantidad, calidad y frecuencia de la alimentación; la forma de relacionarse entre padres e hijos y entre los integrantes de la pareja y la familia; los espacios de y para el juego y la expresión que existen en el hogar. Los espacios disponibles para la experimentación del movimiento. Las prácticas de aseo del niño y del hábitat... son aspectos que caracterizan la calidad de la crianza de los niños y de las niñas...”*

Cuidar a la familia es una de las funciones propias de la enfermería. El contexto familiar brinda la posibilidad de abordar las necesidades de salud y bienestar de la unidad familiar y de cada uno de sus miembros. Paulatinamente surge la familia participando activamente en el mantenimiento del estado de salud, lo que sustituye el planteamiento tradicional que considera que los médicos y enfermeras son los “expertos” que deciden lo que le conviene a la familia y sus miembros. Cuidar desde un enfoque familiar implica incluir a la familia en el proceso de prestación de cuidado.

*“El profesional de enfermería debe tener una preparación rigurosa para el trabajo con familias y desarrollar en estas un sentimiento de unidad y promover la cooperación, el apoyo mutuo y la coordinación; propiciar algunas formas de adaptación a las diferentes situaciones a las que se deben enfrentar en el transcurso de su ciclo vital familiar; ver a las familias como cuidadoras de su propio medio. Este trabajo implica una gran responsabilidad, compromiso, sentido común, creatividad, en la atención, cuidado integral y trabajo interdisciplinario”.*

Establecer relaciones interpersonales durante las visitas domiciliares de enfermería es la base para influir en el comportamiento de salud y ayudar a que la gente pueda hacerse cargo de su vida. Al desarrollar estas uniones se fortalecen las relaciones de cuidados que llevan a mejorar estilos de vida y por ende la salud de la familia.

Es de suma importancia la participación de los profesionales de enfermería en el ámbito de la salud familiar, pues estos brindan cuidados de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Hallando las potencialidades internas de la familia se reorienta su utilidad y se identifican los recursos externos que encaminen la satisfacción de necesidades.

La presente investigación surge de resultados previos del equipo de trabajo de los estudios:

1. Percepción del cuidado de la salud en las mujeres de los sectores desfavorecidos de la ciudad de Río Cuarto y las relaciones que mantienen con las instituciones sanitarias. Concluyendo que son ellas las principales cuidadoras de salud en la familia y que los problemas están relacionados al hábitat, alimentación y las enfermedades infecciosas, convirtiéndose los efectores de salud próximos a sus domicilios como referentes para la resolución de problemas.
2. Caracterización de la función materna vinculada al desarrollo psicomotriz del niño desde la perspectiva del cuidado enfermero en madres e hijos que demandan atención de salud en instituciones públicas de la ciudad de Río Cuarto y desde los profesionales de enfermería que trabajan en las mencionadas instituciones. Encontrándose que, en cuanto al crecimiento psicomotriz, los hallazgos se ubican entre los parámetros esperados, con escasos déficit e importantes manifestaciones de precocidad; son las madres quienes relatan aspectos del desarrollo durante la consulta. Asumen, como madres, la observación del desarrollo

del niño como una acción impostergable de la función materna. Los profesionales de Enfermería direccionan sus acciones a los siguientes aspectos del cuidado materno infantil: inmunizaciones, lactancia materna, alimentación e higiene, con escasas actividades de promoción y educación para la salud.

En un estudio realizado en Venezuela por Vielina Rangel, sobre estilos de crianza, en sus conclusiones afirma que: *“El bienestar psicológico de las personas está sujeto a su historia personal e historia familiar. Cuando los/as entrevistados/as hablan acerca de su historia personal y familiar hacen referencia de un modo generalizado a los estilos de crianza bajo los cuales adquirieron sus aprendizajes tanto personales como familiares”*. *“La salud mental de la familia guarda una relación de interdependencia con las teorías implícitas que se tienen respecto al establecimiento y aceptación de los estilos de crianza definidos como propios”*. *“Los estilos de crianza han sufrido variaciones en el transcurso del ciclo vital de la familia. Las variaciones son producto de la ocurrencia de eventos o sucesos psicológicos significativos. Los acontecimientos funcionan como dispositivos que desencadenan la adquisición, manifestación y modificación de ciertos patrones de conductas característicos de un estilo de crianza determinado”*.

Los estudios mencionados son conducentes a que se priorice la mirada investigativa en la familia en cuanto a crianza de los hijos y dado que compartimos esta inquietud con el personal de enfermería que trabaja-

dos desde hace más de una década, visualizamos la necesidad de seguir indagando desde esta perspectiva holística del cuidado enfermero.

Planteando la pregunta problema ¿Qué características poseen las prácticas de crianza de los hijos en contextos de pobreza?

Objetivo general

Conocer y comprender las prácticas de crianza de los hijos en contextos de pobreza. Río Cuarto. Córdoba. 2009-2011.

Objetivos Específicos

1. Identificar la conformación y tipo de familia de los entrevistados.
2. Caracterizar los aspectos sociodemográficos de las familias en estudio tales como: nivel de instrucción, trabajo, edad, nivel de ingreso, vivienda, atención de salud.
3. Mostrar aspectos de la crianza relativos a los vínculos afectivos y sus manifestaciones.
4. Describir los modos que prevalecen en cuanto a educación y utilización del tiempo libre en la crianza de los hijos.
5. Mostrar las dificultades más frecuentes que manifiestan los padres en cuanto a la crianza de los hijos.

**Metodología**

El estudio es cuali cuantitativo de carácter descriptivo. Las investigaciones sociales rescatan lo que es esencial a las ciencias humanas, es decir la intencionalidad, buscando comprender los fenómenos individuales y sociales desde el sentido que las personas confieren a sus acciones; privilegian un conocimiento intersubjetivo, descriptivo y comprensivo.

Hoy la investigación aparece como un camino para la comunicación, un aspecto importante para comprender al otro en esta nueva configuración de la convivencia social: lo múltiple y plural, las manifestaciones de lo diverso.

Universo: adultos de familias con hijos a cargo que residen en zona periurbana de la ciudad de Río Cuarto, Córdoba. Se tomó contacto con los mismos en las instituciones de salud y en sus domicilios particulares. Se indagó sobre la variable en estudio, tendiendo en cuenta la saturación de las respuestas obtenidas para finalizar la recolección de los datos. Se entrevistaron 55 personas en su mayoría mujeres que aceptaron participar en forma voluntaria y espontánea.

La técnica elegida fue la entrevista abierta grabada, para facilitar el análisis del contenido de las respuestas.

Los datos recolectados fueron analizados de acuerdo a la similitud de las repuestas y se presentan en prosa, cuadros de análisis y tablas.

## Resultados

Los resultados corresponden a personas de sectores desfavorecidos y/o de pobreza que habitan un área periurbana de la ciudad. Muchas familias son originarias de Bolivia y su hábitat es de casas precarias en una zona de quintas de verduras y cortaderos u hornos de ladrillos donde trabajan la mayoría de ellos. Este barrio está ubicado en la zona oeste de la ciudad, fuera del ejido urbano y distante unos 10 kilómetros del centro de la ciudad.

### A. Conformación y tipo de familia:

Se tuvieron en cuenta las siguientes dimensiones: número de personas que conviven en el hogar, tipo de familia y el número de hijos en cada grupo familiar. Predomina la familias numerosas (tabla 1) y de conformación nuclear: padre, madre e hijos (Tabla 2), y en cuanto al número de hijos la mayor frecuencia es de 1 a 3 (Tabla 3).

Tabla 1. Número de personas del hogar

Personas por hogar	f°	%
2 personas	1	1.82
De 3 a 5 personas	37	67.28
De 6 a 9 personas	17	30.90
Total	55	100

Tabla 2. Población según tipo de familia

Tipo de familia	f	%
Nuclear	48	87.28
Ampliada	6	10.90
Monoparental	1	1.82
Total	55	100

Tabla 3. Número de hijos en la familia

Número de hijos	f°	%
De 1 a 3	38	69.09
De 4 a 5	13	23.64
De 6 a 8	4	7.27
Total	55	100

La edad de los hijos de estos grupos familiares oscila entre los 15 días de vida y los 23 años. Del total de hijos (157) el grupo más numeroso lo constituyen los menores de 3 años representando el 33%. El segundo grupo tiene entre 4 y a 10 años y la última proporción corresponde a los mayores de 10 años destacando que los adolescentes y jóvenes constituyen son los menos (8%).

### B. Características sociodemográficas:

Los resultados están referidos a la edad de la madre cuya mayor frecuencia es de 27 a 36 años (Tabla 4) y en el marido de 33 a 42 años (Tabla 5); en el nivel de instrucción predominan los que poseen nivel primario

incompleto tanto en las mujeres como en sus maridos (Tablas 6) y la actividad laboral de la mujer es predominantemente ama de casa y del esposo en hornos de ladrillo (Tabla 7 y 8); más del 50% percibe un ingreso de 2000 pesos o menos (Tabla 9).

Tabla 4. Edad de las madres

Edad	f	%
De 17 a 26	21	38.18
De 27 a 36	24	43.64
De 37 a 46	10	18.18
Total	55	100

Tabla 5. Edad del marido

Edad	f	%
Menos de 22	5	9.09
De 23 a 32	19	34.55
De 33 a 42	21	38.18
De 43 a 52	5	9.09
No contesta	3	5.45
Total	55	100

Tabla 6. Nivel de instrucción de los padres

Nivel de instrucción	Madres		Padres		Total	
	f	%	f	%	f	%
Sin escolaridad	8	14,55	7	8,82	15	13,64
Primario incompleto	44	80,00	30	31,82	74	67,27
Primario completo	2	3,64	9	10,82	11	10,00
Secundario completo	1	1,82	2	3,82	3	2,73
No contesta	0	0,00	5	6,82	5	4,55
No corresponde	0	0,00	2	3,82	2	1,82
Total	55	100	55	100	110	100

Tabla 7. Actividad laboral de las madres

Actividad laboral	f	%
Ama de casa	36	65.45
Ama de casa y colabora con marido	16	29.09
Empleada	3	5.45
Total	55	100

Tabla 8. Actividad laboral del marido

Actividad laboral	f	%
En hornos de ladrillo	27	49.09
En quintas	5	9.09
En construcción	18	32.73
Otras actividades	2	3.64
Desocupado	3	5.45
Total	55	100



Tabla 9. Ingresos económicos de las familias

Ingresos	f	%
Menos de 1000 pesos	14	25.45
De 1000 a 2000 pesos	16	29.09
Más de 2000 pesos	6	10.91
No sabe/no contesta	19	34.55
TOTAL	55	100

Al indagar sobre los efectores de salud a los que concurren, con mayor frecuencia asisten a instituciones públicas provinciales y municipales, sólo una familia tiene cobertura social.

En cuanto al transporte prevalece el traslado en colectivo, algunas familias caminan una hora hasta llegar al mencionado transporte. Un escaso número de familias se movilizan en auto, moto y/o bicicleta. Es escaso el uso de taxis, generalmente relacionados con la urgencia.

En cuanto a las viviendas presentan las siguientes características:

- En los techos predomina la combinación de materiales: chapa, tronco, plástico y/o paja. Escasas viviendas poseen cemento.
- En las paredes prevalecen los ladrillos y en menor frecuencia el adobe.
- En cuanto a los pisos, la mayoría son de tierra y sólo algunos de baldosas o mosaicos.
- El servicio sanitario más frecuente es la letrina/

escusado. El baño instalado se observa en 8 viviendas.

- No existe el servicio de cloacas ni agua potable.
- La electricidad es de uso masivo, sólo dos viviendas no están conectadas a la red.
- Como medio de combustión la mitad de las familias utilizan el gas envasado y la otra mitad utiliza carbón, leña, kerosene.
- El mobiliario de las viviendas familiares, si bien es escasos, la conservación varía desde muy cuidados a muy deteriorados. En varios hogares no existe la cama, poseen colchones o frazadas sobre maderas o ladrillos.
- Predomina la vivienda con un solo ambiente para dormir compuestas por una o dos camas (40 viviendas) son escasas los hogares que poseen 3 o 4.
- Las imágenes que representan los patios son variadas, hay presencia de residuos domésticos y escasas huertas o jardines; el cuadro 1 sintetizan los componentes observados.

Cuadro 1. Características de los patios de las viviendas familiares

Patios con presencia de:	Si	No	Total
Residuos	25	30	55
Animales	12	43	55
Cercos	10	45	55
Huerta	9	46	55
Arboles	4	51	55
Jardín	2	53	55

### C. Vínculos afectivos y sus manifestaciones:

En este aspecto de la crianza de los hijos las preguntas y temas de conversación giraron en torno a los modos de vincularse y las manifestaciones del afecto con los hijos.

- En cuanto a la *demonstración del afecto*, sólo una persona afirma que “no demostrar el cariño” mientras que el resto lo hace de alguna de las siguientes maneras, por orden de prioridad:
  - Besar, acariciar y abrazar a los niños
  - Con palabras y gestos cariñosos
  - Tenerlos en brazos
  - Jugar con ellos
- En la relación *de apego por alguno de los padres* prevalece con la madre, con el padre y los abuelos en menor número.
- Al indagar sobre el hábito de *tener a los niños en brazos* responden que es una práctica frecuente. Algunas madres sostienen los hijos a la espalda (con un lienzo tejido denominado *Aguayo*). Otras manifiestan que los tienen mucho “en upa” y solamente cuatro dicen que nunca los toman en brazos. En algunas familias son los hermanos mayores los que tienen a los menores en brazos.
- Cuando se indaga sobre los *modos de hacer dormir a los niños* las madres manifiestan en igual frecuencia, los que acunan y cantan para que se duerman y las que nunca lo hacen. También surge como acciones frecuentes “darles golpecitos en la espalda”.
- En cuanto al hábito de *contarles cuentos* se

encontró que es igual la proporción de familias que sí lo hacen de los que no lo hacen. Un número importante de madres prefiere no responder.

- Comportamiento de los hijos: la mayoría sostiene que sus hijos “se portan bien” aunque a veces “son traviesos o se pelean entre ellos”.
- Actitud de los padres frente al comportamiento inadecuado de los hijos: las respuestas estuvieron referidas a las siguientes actitudes por orden de afirmaciones: ponerlos en penitencia; retarlos verbalmente; amenazarlos; hablar y explicarles; pegarles.
- Puesta de límites: prevalece la madre en el rol de poner límites a los niños. Un grupo importante manifiesta que “no somos de castigar, no nos gusta poner penitencias”. En un menor número de familias es el padre el que ocupa el lugar de la autoridad frente a los hijos en circunstancias especiales de lo contrario siempre “es la madre la encargada de la educación de los hijos”.
- Dialogo con los niños: la mayoría manifiesta que hablan con los hijos más grandes. Solo una madre dice “yo no les hablo nunca”. Algunas madres dicen que hablan poco con ellos “solo lo necesario”. Los temas de conversación en la mayoría de los casos están referidos a las actividades escolares, los juegos, lo que se hacen en el día. Algunos mayores relatan a sus hijos, sobre el país de origen o hablan sobre los peligros sociales: drogadicción, alcoholismo, violencia.
- Presencia de enuresis: no es un aspecto que les



preocupe aunque hay varias familias con niños que se orinan en la cama. Expresan que “cuando crecen se les pasa”, “solo ocurre algunas veces”. La edad de los niños con enuresis va de 3 a 6 años.

- k) Llanto frecuente de los niños: La mayoría responde que sus niños “no son de llorar mucho” y si lo hacen es “cuando están enfermos”, “cuando se pelean entre ellos”, “por celos de algún hermano”, “cuando se los reta”, “porque tienen hambre”.

#### D. Educación y tiempo libre:

Entre los aspectos educativos relacionados a la crianza de los hijos se identificó que el 20% de las familias tienen todos sus hijos en edad escolar y que asisten a los establecimientos educativos y que el 36% de los jóvenes y adolescentes no asisten a la escuela.

El 40% de las familias concurren siempre a las reuniones que cita la institución educativa y predomina la participación de la madre en las mencionadas reuniones.

En cuanto a las dificultades para ayudar a sus hijos en las tareas escolares manifiestan que:

- “no fui a la escuela” – “no se leer” - “leo y escribo poco”
- “fui a la escuela hace mucho tiempo”
- “no es igual a nuestra enseñanza” – “cambio la forma”
- “es diferente a la escuela de Bolivia”
- “las tareas son difíciles” – “no entiendo”

El 75% de las mujeres diferencian la enseñanza entre las actividades para el varón y la mujer y de ellos aproximadamente la mitad afirma que enseñan relacionadas con la vida en el hogar, otros incluyen la enseñanza de actividades laborales de la vida adulta.

Los aspectos de la enseñanza mencionados son:

- “juntar juguetes, hacer la cama, doblar la ropa, ...”
- “lavar ropa” “lavar los platos” “lavar los alimentos”
- “todo: cocinar, ordenar, limpiar, trabajar”
- “ordenar, separar la basura”
- “cuidar la casa, los animales, la huerta”
- “ordenar, limpiar, hacer ladrillos”
- “hacer mandados”

Existe cierta disposición a enseñar el trabajo a las niñas mientras que cuando se refieren al varón dicen que aprende observando: “imita lo que hace el papá”, “aprende mirando”.

Las familias afirman en su mayoría que le enseñan a sus hijos a cuidarse y cuando se los consultó sobre qué aspectos mencionaron dos criterios: uno relacionado con el aprendizaje de hábitos y procedimientos de usos y costumbres:

- “Comer, higienizarse, vestirse”
- “Abrigarse”.
- “Estar calzados”.
- “Atarse los cordones”.
- “Limpiarse la nariz”.

Y otro criterio de enseñanza relacionado con las prohibiciones o límites hacia el interior del hogar y hacia el afuera:

- “Que no se lastimen”. “Que no se enfermen”. “Que no se ensucien”. “No salir cuando llueve o está muy frío”.
- “Tener cuidado con la basura”. “Cuidado con los animales”. “De la electricidad”. “Con el fuego”. “De los remedios”
- “Que no peleen”. “Que no anden con extraños”. “Cuidado con los autos”

Entre los aspectos educativos y el tiempo libre se indagó en relación al juego y fueron más las familias que juegan con los niños (83%) que las que le enseñan a jugar (30%) una expresión fue “No tengo tiempo para jugar”.

Cuando se le pidió que mencionaran los juegos habituales surgieron:

- “las escondidas”.
- “Jugar con piedras chicas”.
- “Al fútbol”, “al fútbol padre e hijos”
- “A las muñecas”
- “Con sus juguetes”

Y las diversiones consisten principalmente en pasear y estar en familia. Una mujer expuso que no salen de la casa “No conocemos las calles del centro; tenemos miedo de la ciudad”

Otros modos de diversión tiene que ver con los vínculos o a las necesidades:

- “Estar con amigos”.
- “Pasear”. “Ir a mirar cómo juegan al fútbol”. “Ir al supermercado”.

Una sola familia “Ve tele” como modo de distracción y otra va “al parque”

#### E. Dificultades en la crianza

Cuando se indagó sobre las dificultades para la crianza de los hijos, sólo el 20% afirmaron no tenerlas y un 68% sí.

Las principales dificultades que expresan las familias son:

##### - *Relacionadas con lo económico:*

“...el dinero nunca nos alcanza”, “para criar bien los hijos hace falta dinero”, “se trabaja mucho y se gana poco”, “somos muchos para mantener...”, “muchas veces no hay nada de dinero”.

##### - *Por sobrecarga de trabajo:*

“llego cansada del horno y todavía me queda la casa...”, “cuando vuelvo de la quinta no doy mas...”, es mucho la casa y el trabajo afuera”, “estoy sola para todo”, “estoy siempre muy cansada”

##### - *Disponibilidad de tiempo:*

“es difícil tener tiempo para los hijos”, “nunca me alcanza el día...”, “no puedo con todo” “no tengo tiempo de bañarlos”

- *Por ser extranjeros:*

“no nos acostumbramos todavía acá”, “cuando uno es de afuera se hace mas difícil...”, “hace poco que llegamos...”, “estamos solos acá, no tenemos parientes”, “estamos lejos de la familia”

- *Referidas al contexto social:*

“hay muchos peligros en la calle”, “las drogas son un problema para los hijos”

- *Problemas en la comunicación:*

“no se como hablarle”, “no se porque se molesta y se enoja mi hijo mas grande...”, “no entiendo a mi hija”

- *Función materna-paterna:*

“es difícil hacer que sean buenas personas...”, “no puedo cuidarlos cuando están enfermos”, “no puedo criarlos bien es mucho para mi”, “cuando se pelean los chicos me enoja”, “es triste cuando falta la comida para ellos”, “el niño me tiene poco con él”, “educarlos es un problema...”, “cuando no quieren estudiar y hacer los deberes...”, “cuando los dejo solitos para ayudar a mi marido”

- *Dificultades domésticas:*

“es un problema llevarlos a la escuela por que queda lejos”, “tener suficiente ropa para todos”, “es difícil hacer de comer para tantos”, “no tengo comodidades ni aparatos: cocina, lavarropas”, “el trabajo de la casa es muchísimo”, “no tengo pañales a veces”, “la casa esta fría no tenemos calefacción”

**Conclusiones**

La crianza de los hijos se lleva adelante en condiciones de precariedad en diversos aspectos de la vida cotidiana: Las viviendas son poco confortables, sin servicios básicos, con escaso mobiliario, ropa, alimentos y electrodomésticos. Mantienen vínculos con los hijos sin agresiones frecuentes aunque ponen fuertes límites y manifiestan el afecto en forma de contacto corporal más que con la palabra, el relato o el canto. Creen que la educación formal es importante en los hijos pequeños, en los mayores se los incorpora prontamente a colaborar en el trabajo de los adultos del hogar. Priorizan la concurrencia de los niños a nivel primario (de 4 a 11 años) y dado que los mayores deben concurrir a establecimientos lejanos a sus viviendas, se constituye la principal causa de deserción escolar.

La actividad de acompañamiento en las instancias de aprendizaje genera dificultades en ambos padres, por un lado por el escaso nivel de escolaridad de los progenitores y por otro por la barrera cultural, intelectual, idiomática, todas limitantes sociales, personales y domésticas. Los aspectos educativos que priorizan tienen que ver con el cuidado de la salud y la enseñanza de actividades de la vida cotidiana. Se considera a la mujer como la principal responsable de la crianza de los hijos en todos sus aspectos. Existen pocos momentos de esparcimiento y el tiempo libre lo dedican a las reuniones familiares.

Haciendo referencia a estudios sobre el tema cabe mencionar:

a) El concepto de “resiliencia familiar” permite

identificar y apuntalar ciertos procesos interactivos que pueden activar las familias para soportar desafíos disociadores y recobrase. “*Al adoptar la perspectiva de la resiliencia, se deja de ver a las familias como entidades dañadas y se las empieza a ver como grupos capaces de reafirmar sus posibilidades de reparación. Este enfoque se funda en la convicción de que tanto el crecimiento del individuo como el de la familia pueden alcanzarse a través de la colaboración ante la adversidad*”.

- b) Otros autores afirman que entre los factores relacionados con el ser padres, el más consistentemente asociado con los estilos educativos familiares, ha sido la clase social. Además, dentro de la variable clase social o nivel socioeconómico el nivel de estudios es el que más ayuda a diferenciar a unos padres de otros en los estilos de crianza. Hay que destacar que las perspectivas respecto de las prácticas de crianza tienen en cuenta la interculturalidad por ello, las directrices de investigaciones para el siglo XXI, implican ausencia de estándares universales para el trato óptimo hacia el niño. No obstante, por una parte, se estudia la prevalencia aún de prácticas abusivas y maltrato infantil y, por otra, se estudian las actitudes de los padres hacia el uso de la disciplina y reglas en la formación. La tendencia general es dar a los jóvenes adolescentes una amplia gama de libertad de elección y rechazar el uso del castigo físico en niños preescolares. Resaltar también que las diferencias entre unos padres y otros en prácticas de

crianza se encuentran en el marco de un planteamiento ecológico y sistémico del proceso evolutivo, en donde los determinantes culturales, sociales y familiares moldean los contextos concretos en que los niños se desarrollan y se socializan.

- c) En las familias de nivel socioeconómicos bajos se presentan una serie de carencias de instrucción en los padres y carencia económica entre las que se contempla la vivienda, vestimenta y servicios básicos. Sin embargo existen elementos protectores en la vida de estas familias, si el niño recibe un estímulo emocional y afectivo positivo, traducido en apoyo, sólo con este factor protector, aunque sigan presente los demás factores de riesgo, a través del desarrollo hacia la adultez irá paulatinamente consiguiendo más logros que aquel que no tuvo ese elemento protector, reflejándose en la superación de la pobreza extrema.
- d) En un mundo activo donde la actividad laboral envuelve mayoritariamente a ambos padres, resulta en ocasiones complicado encontrar las formas de demostrar el afecto y el interés por los hijos.

Finalmente podemos afirmar que si las prácticas de crianza apuntan a brindar herramientas necesarias a los hijos para enfrentar los eventos que aparecen en su desarrollo, estos serán capaces de convertirlos en elementos de aprendizaje y no de desesperanza. A enfermería le cabe un rol fundamental en lo que hace al cuidado de la salud y calidad de vida de las familias e incluir la temática en sus programas y proyectos de educación para la salud.

### Bibliografía

- Baeza, S. *El rol de la familia en la educación de los hijos*. 2003. Ministerio de Bienestar Social. La Pampa. Argentina.
- Vinocur P, V Ruiz *Inclusión social y desarrollo infantil*. En *Desarrollo del niño en contexto* de Lejarraga H. Argentina. Paidós. 2004
- Pérez Giraldo, B *El cuidado de la enfermería en familia: un reto para el siglo XXI*. 2001. Facultad de Enfermería. Universidad de la Sabana. Colombia.
- Asis S, Bianco MI, Felizzia A. *Significaciones sobre el cuidado de la salud en mujeres de sectores desfavorecidos*. Universidad Nacional de Río Cuarto. Argentina. Revista Cronía. 2007-2008. (VII) 339-352.
- Bianco M I, Asis S, Felizzia A, Alaniz, E, Baldobino M, Lopez V, Possio J. *Función Materna y el Desarrollo Psicomotriz del Niño desde la Perspectiva del Cuidado Enfermero*. 2008. Informe de Investigación. Universidad Nacional de Río Cuarto, Córdoba. Argentina.
- Vielina Rangel J. *Estilos de crianza en familias andinas Venezolanas*. Venezuela. Fermentum Mérida. 2002.
- Molina Rojas M. *El estímulo afectivo y emocional como factor protector en el desarrollo de las personas*. 2004. Universidad Austral de Chile. Chile.



### Nota

Debido al entusiasmo por el lanzamiento del primer número digital de la Revista Desafíos, es probable que se hayan cometido algunos errores u omisiones que no se ajustan a nuestro propósito.

Aspiramos a que la revista se encuadre en las siguientes normas de publicación.

### Comité Editorial

Revista Desafíos | Enfermería & Educación

### Normas de Publicación

La revista **Desafíos | Enfermería & Educación** es una publicación anual de ámbito nacional, que nace como órgano de difusión científica de la Asociación de Escuelas Universitarias de enfermería de la República Argentina, con el objetivo de transferir a la comunidad educativa en Enfermería de un elemento interactivo de comunicación entre los profesores y alumnos.

Tiene como propósito la divulgación académica y profesional de literatura inédita y relevante para la Disciplina enfermera. Además, pretende ser el canal a través del cual se pongan en común todos aquellos eventos que surjan en torno a los espacios académicos.

La revista publicará artículos de reflexión, opinión, investigaciones y revisiones que puedan contribuir al incremento de los conocimientos que requiere la práctica del cuidado.

Las secciones que recibirán las publicaciones son: docencia, investigación y desarrollo, gestión educativa/ gobierno y sector de servicios/misceláneas.

Los trabajos recibidos serán revisados por miembros del Comité Editorial, que a su vez destinará según el tema a los integrantes del Comité de referato, los cuales valorarán si se ajustan a las normas de publicación en la Revista, sugiriendo las correcciones

precisas para su aprobación en caso de resultar no seleccionados.

El Comité Editorial de **Desafíos | Enfermería & Educación** se reserva el derecho de publicar o no los originales enviados, en función de su política editorial y criterio científico. El servicio de publicación es gratuito.

#### **Procedimiento para el envío de trabajos**

Para el envío del o los trabajos utilice la siguiente dirección de correo:

revistaenfermeriadesafios@gmail.com , con el asunto en el mensaje “artículo para Desafíos”.

#### **Incluya su trabajo como archivo adjunto, incluyendo en el mensaje la siguiente información:**

Portada - Esta incluirá:

1. Título del trabajo/ artículo.

2. Nombre completo del(los) autor(es), titulación académica, posición(es) de trabajo, lugar de trabajo y país.

3. E-mail del autor responsable de la correspondencia acerca del artículo (para publicarse en caso de que el artículo sea aceptado).

4. Una declaración para que en caso de publicarse el derecho de autor del artículo sea cedido a **Desafíos | Enfermería & Educación**.

5. Una declaración de que el artículo es un trabajo exclusivo del(los) autor(es).

#### **Resumen**

Los artículos deben comenzar con un resumen, de 4-6 viñetas, que brevemente describa los elementos principales del trabajo.

#### **Palabras clave**

Los autores deben proveer 4-6 palabras clave del artículo. Estos serán utilizados como términos de búsqueda cuando el artículo sea archivado.

#### **Escritura en primera persona**

Si es apropiado, por ejemplo cuando se describe experiencias personales, se anima a los autores a escribir en primera persona.

#### **Requisitos de presentación del resumen:**

- Doble interlineado
- Tamaño de papel A4 con amplios márgenes
- Páginas enumeradas
- Todas las figuras y tablas deben ser identificadas y citadas en el texto principal
- Se aceptan fotografías electrónicas digitales (deben ser de alta resolución).
- Se requieren usar el estilo de referencias bibliográficas de Vancouver.

#### **Declaración de originalidad y permiso de reproducción**

Apellido y nombre del autor principal .....

Apellidos y nombres de los coautores

1. ....

2. ....

3. ....

4. ....

5. ....

6. ....

Nacionalidad: .....

Dirección postal: .....

Dirección electrónica (será incluida al pie del artículo): .....@.....

Título de la contribución: .....

Declaro que la mencionada contribución no ha sido publicada con anterioridad y que fue escrita en forma exclusiva para la Revista Desafíos docencia & investigación, que tendrá a su cargo la publicación de dicho material. Asimismo, concedo el permiso para la reproducción del artículo por un período de dos años en formato digital.

Firma del autor: .....

número **1** EDICIÓN  
DIGITAL

# Desafíos

Enfermería & Educación / año 2013

[revistaenfermeriadesafios@gmail.com](mailto:revistaenfermeriadesafios@gmail.com)