

vea

VISIÓN DE enfermería ACTUALIZADA

#72

AÑO 19 DICIEMBRE 2022

REPENSAR LA PRÁCTICA
HOSPITALARIA A PARTIR
DEL AUTOCUIDADO: **p.7**
¿HAY ESPACIO PARA
MINDFULNESS EN LA
FORMACIÓN DE ENFERMERÍA?

ENFERMERÍA Y CANNABIS:
EL CUIDADO DESDE
p.32 UN ENFOQUE
MULTIDISCIPLINAR

Visita terapéutica
p.21 de mascotas

Adecra+Cedim

Baño Fácil

SOAP'N EASY®

Paño jabonoso para la higiene personal

Mejore su calidad de vida

- Limpieza completa, rápida, simple y efectiva
- Mejora la calidad de vida
- Evita derrames de agua
- Suaviza y perfuma sin irritar
- Fácil de usar para la higiene personal o de terceros



En sólo tres pasos un baño completo.
Un paño alcanza para higienizar una persona adulta.



Utilizados en las principales clínicas y sanatorios del país

Distribución directa en Capital y GBA. Distribuidores en el interior

(011) 4641-2046 / 4644-3023 | bfacil@bfacil.com.ar - www.bfacil.com.ar



EDITORIAL	pág. 5
INVESTIGACIÓN	pág. 7
Repensar la práctica hospitalaria a partir del autocuidado: ¿hay espacio para mindfulness en la formación de Enfermería?	
Vanesa Arzamendia	
Edgardo Lugones	
ENFOQUES	pág. 15
Estrategias para el cuidado enfermero de calidad desde un abordaje interdisciplinar	
Sofía Jerkovich	
Ana Müller	
INFORME	pág. 21
Visita terapéutica de mascotas	
Walter Leguizamon	
	pág. 27
Bases para la publicación de artículos	
FICHA 71	pág. 29
Cuidados de Enfermería al paciente sometido a cateterismo cardíaco y angioplastia coronaria	
INFORME 2	pág. 32
Enfermería y Cannabis: el cuidado desde un enfoque multidisciplinar	
Rosana Elisabet Firpo	
EXPERIENCIAS	pág. 39
Las plataformas virtuales como herramienta pedagógica en contexto de pandemia	
Mirta Esther Paz	
Carla Chejolan	
Javier Heredia	
Mariela Revainera	
RINCÓN LITERARIO	pág. 46
Reflexiones	
María José Herrguth	

COMITÉ EDITORIAL

Mag. Hna. Mercedes Zamuner
 Lic. Graciela Rojas
 Lic. Romina Farfan
 Lic. Sandra Coronel
 Lic. Walter Piceda
 Alejandra Fuente

CORRECCIÓN Y TRADUCCIÓN

Prof. Magdalena Villaverde

DISEÑO GRÁFICO

Susana Prieto

Adecra

Montevideo 451 - Piso 10° (C1059ABI)
 C.A.B.A. Argentina
 Tel: (011) 4374-2526 Fax: 4375-2070
www.adecra.org.ar
www.enfermeria.adecra.org.ar
 e-mail: revistavea@adecra.org.ar

Esta publicación es propiedad de:
 Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospi-
 tales Privados de la República Argentina

Autorizada su reproducción mencionando
 la fuente.
 Registro de Propiedad Intelectual N° 399943
 ISSN: 1669-385X
 Base de datos de indexación:
 CUIDEN - Tipo de indexación: EC-E
 EBSCO

Periodicidad trimestral
 (marzo, junio, septiembre y diciembre)

CONSULTORES ESPECIALISTAS

Aspectos legales de la profesión: Lic. Elena Perich, Secretaria General de FAE, Docente de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Buenos Aires • Enfermería en Control de Infecciones: Lic. Stella Maimone, Asesora de la Asociación Argentina de Enfermeros en Control de Infecciones (AADECI), Ciudad Autónoma de Buenos Aires • Enfermería en Cuidados Paliativos: Lic. Marta Junín, Coordinadora de Grupo de Trabajo -Cuidados Paliativos- Hospital de Gastroenterología B. Udaondo, Ciudad Autónoma de Buenos Aires • Enfermería Laboral: Lic. Sofía Pagliero, AECAP (Asociación de Enfermería de Capital Federal) • Enfermería Médico-Quirúrgica: Mg. Carmen del Pilar Santesteban, Directora del Programa de Educación a Distancia, Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario, Provincia de Santa Fe. • Enfermería Oncológica: Lic. Silvina Estrada de Ellis, Jefa del Departamento de Enfermería de FUNDALEU, Ciudad Autónoma de Buenos Aires • Informática en Enfermería: Lic. Hugo Leoncio, Presidente de la Asociación de Informática en Enfermería de la República Argentina (ADIERA) • APS, Atención primaria y epidemiología. Ministerio de Salud de la Nación, Lic. Analía Aquino.

CORRESPONSALES EN EL PAÍS: Lic. Maria del Valle Correa Rojas 0387 4397469 - celular 387 4154461 / Lic Javier Rosas 387 4095742 **CATAMARCA (CAPITAL):** Lic. Estrella Tillar. Tel. (03833) 427839 (de 7:00 a 11:00). **CÓRDOBA (CAPITAL):** Lic. Eduardo Giuliani. Tel. (0351) 4616362. **CHACO (RESISTENCIA):** Enf. Lidia Muñiz de López. Tel. (03722) 425050 int. 118. **FORMOSA (CAPITAL):** Lic. Elisa Acosta. Tel. (03717) 433651. **PROVINCIA DE BUENOS AIRES (LA PLATA):** Lic. Juana Lucila Ayala Rosa. Tel. (0221) 4220234 (desde las 18:00). **MENDOZA (GUAYMALLÉN):** Lic. María Rosa Reyes. Tel. (0261) 4215570. **MISIONES (POSADAS):** Lic. Carmen Grittis. Tel. (03752) 428117. **SALTA (CAPITAL):** Lic. María del Valle Correa Rojas. Tel. (0387) 4225426 **CONCORDIA (ENTRE RÍOS):** Lic. Rosana Firpo. Tel. (02966) 15598681/ (02966) 433592. **SANTIAGO DEL ESTERO (CAPITAL):** Lic. Mariano Aníbal Chávez. Tel. (0385) 4509574. San Juan (Capital): Lic. Mabel Lucía Naveda de Torres. Tel. (0264) 4214370. **SAN LUIS (CAPITAL):** Lic. Mónica Soto Verchér. Tel. (802652) 435837. Fax (02652) 431354. **TUCUMÁN (SAN MIGUEL):** Lic. Natividad Díaz de Pacheco. Tel. (0381) 4272728. **COLEGIO DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE JUJUY:** Tel. (0388) 4232910 / (0388) 154-387557 - Vicky Argañaraz - Capital Federal -Tel. 4833-4834. Nelly Guerrero (Salta) 0387-4341788. Rubén Siorto - Venado Tuerto (Santa Fe) Tel. 03462-425490 / 03462-15667838. Enfermería de Alto Riesgo. **SALTA CAMPO QUIJANO:** Lic. Rosaria Francisca Gerónimo - 387 5025790

EN EL EXTRANJERO: COLOMBIA (BOGOTÁ): Enf. Sonia Pimiento. Tel. 571-629-0766. **CHILE (SANTIAGO):** Lic. Celsa B. Parrau Tejos. Telefax 6347438. **MÉXICO DF (CAPITAL):** Lic. Claudia Alarcón Morales. Tel. 53-413157. **URUGUAY (MONTEVIDEO):** Lic. Amanda Serrón. Telefax 598023 085866 (de 8:00 a 11:00). **URUGUAY (MONTEVIDEO):** Lic. Teresa Estela Delgado González. Tel. 659-6007.

La camiseta de la selección de enfermería

En los últimos años, la visión del equipo de enfermería ha variado muchísimo, pasando a ser una disciplina plenamente autónoma, dinámica, que implica continua formación y que requiere un enfoque multidisciplinar, tanto para la gestión de los servicios de salud como en el desarrollo de la actividad asistencial. Si un equipo de enfermería es competente, logrará resultados productivos.

Estudios de investigación revelan que los beneficios del trabajo en equipo en enfermería no solo mejoran la atención que se da a los pacientes, sino que contribuirá a que los profesionales sanitarios se comuniquen mejor entre ellos. En el largo plazo, aumentará el grado de satisfacción personal del profesional, así como el ambiente de trabajo, la autoestima de cada uno y la valoración e implicación en el desempeño diario.

Si existe trabajo en equipo en el campo de la enfermería, los pacientes lo celebrarán porque se verán atendidos y tendrán resueltas todas sus dudas e inquietudes, sobre todo en un ambiente a veces hostil como es el hospital. En definitiva, todo redundará en una atención sanitaria de calidad.

En estos días, “¡vamos, Argentina!” es un grito que sale del corazón de todo un país que vibra con la Selección de Fútbol. Pero también proponemos otro grito, un “¡vamos la Selección de Enfermería Argentina” que nos motive en estos tiempos de crisis, donde los efectos de la pandemia aún están presentes. ¡Vamos que se puede! Pocas semanas atrás, el 21 de noviembre, se celebró en nuestro país el Día de la Enfermería en reconocimiento de las personas que ejercen la profesión. Una institución de salud de la Ciudad de Buenos Aires agasajó a los enfermeros en su día con una reunión donde disfrutaron momentos de entretenimientos, charlas, comida, sorteos y premios, todo bajo una temática de trabajo en equipo y con ambientación del mundial. Los colores celeste y blanco se encontraban en cada detalle de decoración, en cada juego, en cada camiseta de los enfermeros presentes.

Casi en la misma fecha se comenzó a vivir la emoción futbolística. La Selección Argentina llegó al Mundial de Catar 2022 en un gran momento, porque después de haber obtenido la Copa América 2021 finalizó las Eliminatorias Sudamericanas en el segundo puesto, por detrás de Brasil.

El técnico nacional Lionel Scaloni declaró en una entrevista: “Nosotros apostamos al equipo, a la unión y al trabajo. Hoy se gana con el equipo. Más allá de los grandes jugadores, al final lo que te da los frutos es el equipo, el grupo, el trabajo y, si los jugadores son buenos, mejor todavía”. Y agregó: “Esta generación de jugadores que nosotros tenemos sale a la cancha a jugar, a intentar ganar los partidos y jugarlos bien. Nosotros, desde el primer día que asumimos, les dijimos a los jugadores que se pongan la camiseta, que disfruten de estar acá, que es un lugar único y que intenten dar lo máximo por su país”.

Sin dudas, las palabras del entrenador del seleccionado nacional podrían aplicar perfectamente al ámbito sanitario. Día a día, quienes trabajamos en los hospitales e instituciones de salud del país partimos de la idea de que un equipo de trabajo está formado por un grupo de personas que interactúan entre sí para lograr un objetivo común: mejorar la salud de nuestros pacientes.

Por eso es fundamental incluir en la formación de los futuros profesionales este concepto, para poder aplicar en la tarea diaria el trabajo en equipo, tal como lo menciona este número de VEA, para que el cuidado enfermero sea de calidad y mediante un abordaje multidisciplinario.

Día a día, enfermeros y enfermeras se ponen la camiseta del equipo, la unión, el trabajo en conjunto... Por eso hoy, como con nuestra Selección de Fútbol, gritamos fuerte: **¡Vamos la Selección de Enfermería Argentina!**

Lic. Romina Farfán

Directora del Departamento de Enfermería
Clínica Adventista Belgrano

Desde la Revista VEA queremos agradecer **A TODO EL PERSONAL DE ENFERMERÍA** por dar testimonio, en estos momentos tan difíciles que vivimos, de los valores éticos y profesionales.

Desde la primera línea de atención, aun con el estrés que genera esta situación, a pesar de la incertidumbre y de la angustia de estos tiempos, ustedes siguen abrazando a diario la profesión con una dignidad y una entereza enormes.

Una vez más y todas las que sean necesarias:

¡MUCHAS GRACIAS!



Repensar la práctica hospitalaria a partir del autocuidado: ¿hay espacio para mindfulness en la formación de Enfermería?

Vanesa Arzamendia
Edgardo Lugones*

El acto real del descubrimiento
no consiste en encontrar nuevas tierras,
sino en verla con nuevos ojos.

MARCEL PROUST

La práctica de mindfulness (atención plena), tanto en el espacio áulico guiado y como proceso durante la práctica hospitalaria, busca potenciar un modelo de aprendizaje donde el *cuidado* del cerebro humano es determinante en el aprendizaje educativo.

Resumen

Cuando repensamos el proceso de enseñanza debemos trazar nuevos objetivos centrados en una educación humanizada. Incorporar mindfulness en las escuelas es una herramienta poderosa a descubrir y aprovechar, que facilita el manejo del estrés y la gestión del talento humano.

Palabras clave

Enfermería, estudiantes, mindfulness, meditar, prácticas hospitalarias.

Abstract

When we rethink the teaching process, we must reconsider our own practices and set new goals in order to stimulate a student-centred and mainly humanized education. Incorporating mindfulness in colleges is a powerful tool to discover and take advantage of, this will enhance self-knowledge and stress management as well as the management of human talent.

Key words

nursing, students, mindfulness, meditation, hospital practices

* **Vanessa Arzamendia.** Licenciada en Enfermería. Profesora Universitaria. Enfermera asistencial en Sanatorio de la Trinidad (Palermo), Hospital Naval Pedro Mallo, Sanatorio Mater Dei, Sanatorio Otamendi y Miroli. Docente de la carrera profesional en la Escuela Superior de Enfermería Cecilia Grierson, CABA. Integrante del Comité de Enfermería Capítulo Neonatal de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI). Vocal titular del Grupo de Enfermería Neonatal de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP). Coautora del Libro Ventilación Mecánica – Prácticas profesionales en el Capítulo 26: Modelo de Humanización desde otras miradas (2018). Magister en Gestión de Proyectos Educativos, CAECE. Especialista en la atención del paciente crítico neonatal, UNTREF. Directora del Programa de formación continua en Enfermería Neonatal (PROEN), Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. Integrante de la comisión directiva de la Sociedad Argentina de Cuidados Críticos e Intensivos (SAECCI).

Edgardo Lugones: Profesor de Ciencias Biológicas. Licenciado en Enfermería, Hospital de Gastroenterología Dr. C. B. Udaondo Buenos Aires. Jefe de Docencia e Investigación Área de Enfermería. Miembro Fundador del Grupo de trabajo Apoyo Nutricional. Miembro Fundador y Coordinador del Consultorio de Ostomías. Miembro Fundador de la Comisión de Cultura. Miembro Representante de Enfermería, Proyecto ESTAR - COVID 19: Equipos de Cuidados Integrales (ECI) y Equipos de Soporte Familiar (ESF), Escuela Superior de Enfermería Cecilia Grierson. Docente Titular de 2do. Año T. Tarde Carrera de Enfermería.

Introducción

Son muchos los autores que, de un tiempo a esta parte, buscan dilucidar cuáles son las problemáticas, los conflictos, las limitaciones que dificultan el rendimiento educativo de los estudiantes de enfermería a lo largo de cada uno de los espacios curriculares.

Diversas corrientes pedagógicas nos brindaron principios teóricos acerca de la posible gama de herramientas con que contamos para dar respuesta a todos esos aspectos, que nos llegan al aula de la mano de cada uno de nuestros estudiantes. Sin embargo, sabemos que muchas veces la problemática resulta más profunda y es allí donde el rol docente se mide de igual a igual con los aspectos limitantes que, lejos de constituir un andamiaje en el constructo del conocimiento, pasa a cubrir “necesidades” de diferente índole y que constituyen parte de la integridad individual y grupal.

Desde nuestra experiencia como formadores de futuros enfermeros/as reconocemos que la educación en salud atraviesa escenarios donde, muchas veces, la tensión es creciente; donde el sistema de salud debe garantizar la gestión de las respuestas casi de forma inmediata; donde la información, la logística, el manejo de información y la respuesta a diferentes problemáticas lo vuelve un escenario realmente estresante. Es por ello que para desarrollarse en él se requiere de la revisión de nuestras propias prácticas. Sabemos que nuestra profesión se caracteriza por un gran componente de exigencia en diferentes aspectos y que confluyen en ella factores cognitivos, procedimentales, actitudinales, sin olvidar los factores emocionales y espirituales que son parte de nuestra singularidad como seres humanos.

Siguiendo esta línea de pensamiento es que podemos resaltar la relevancia que reviste tener en cuenta que el estudiante, además de recibir un gran caudal de conocimientos teóricos áulicos, completará su formación con prácticas hospitalarias. Esta situación despierta en ellos diferentes sentimientos y emociones que, lejos de ser mera curiosidad, movilizan, generan incertidumbre, intranquilidad, ansiedad, alegría y tantos otros sentimientos.

Así mismo, la práctica hospitalaria, como eslabón de inicio o primer acercamiento a la profesión, también acerca al estudiante a diferentes estresores tanto intrínsecos como extrínsecos, con los cuales se tendrán que enfrentar. En este aspecto, el acompañamiento

docente reviste un papel preponderante, de manera que puedan salir airoso en ese proceso.

Desde nuestra cátedra de segundo año, y dentro de la asignatura “Enfermería del Adulto”, proponemos incorporar una herramienta que consideramos beneficiosa para los estudiantes, de manera que logren desarrollar estrategias de bienestar personal para luego incorporarlas a su vida en sociedad y, posteriormente, a su realidad profesional.

En este sentido, la práctica de mindfulness (atención plena), tanto en el espacio áulico guiado y como proceso durante la práctica hospitalaria, busca potenciar un modelo de aprendizaje donde el *cuidado* del cerebro humano es determinante en el aprendizaje educativo.

Desarrollo

Durante la formación de enfermería confluyen principalmente tres aspectos conocidos por la mayoría de los docentes y todos aquellos formadores que participan en actividades de capacitación.

Ahora bien, nuestra praxis profesional docente, ¿mide de la misma forma el aspecto conceptual, procedimental y actitudinal? ¿Le damos importancia a uno u otro según el rigor del contenido en cuestión? ¿Depende de circunstancias relacionadas al tipo de grupo que tenemos o depende directamente del bagaje propio del docente? ¿Podemos diferenciarnos de nuestro rol enfermero cuando practicamos el rol docente?

Este tipo de discusiones, a veces internas y personales, otras veces formando parte de charlas en sala de profesores, quedan en eso mismo: conversaciones estériles, sin comprender que mucho de lo que **hacemos o no hacemos**, de lo que **somos o no somos**, de donde **estamos o no estamos**, impacta directamente en el colectivo estudiantil. Todo esto requiere de un ejercicio activo de reflexión sobre la praxis profesional y sobre el horizonte hacia dónde queremos dirigir a los estudiantes.

La teórica y referente de Enfermería *Dorothea Orem* (2001) estableció que “la enfermería pertenece a la familia de los servicios sanitarios que se organizan para prestar asistencia directa a personas con necesidades legítimas de diferentes formas de atención directa por sus estados de salud o por la naturaleza de sus necesidades de asistencia sanitaria”¹.

¹ Alligood M.R., Tomey M.A. (2011: 20)

También señaló que el estado que indica la necesidad de asistencia enfermera es “la incapacidad de las personas de proporcionarse por sí mismas y continuamente el autocuidado de calidad y cantidad necesario según las situaciones de la salud personal” (Orem, 2001)².

Es el objeto o foco real el que determina el dominio y los límites de la enfermería, como un campo de conocimiento y como un campo de práctica. Los esfuerzos de Orem condujeron al desarrollo y perfeccionamiento de la teoría enfermera del déficit de autocuidado (TEDA). La TEDA está formada por diversos elementos conceptuales y tres teorías que especifican las relaciones entre estos conceptos. Se trata de una teoría general “que ofrece una explicación descriptiva de la enfermería en todos los tipos de situaciones prácticas”³ (Orem, 2001). Los profesores de Enfermería tenemos un doble desafío, ya que en cada uno de nosotros confluyen nuestras dos profesiones: la enfermería y la docencia. Debemos tener claro cuándo reforzar cada uno de estos roles sin perder de vista el objetivo de aprendizaje y el aspecto que queremos potenciar.

En sus obras, Orem describió la importancia de detectar el déficit de autocuidado en los pacientes. Sin embargo, a la luz de los cambios que hemos atravesado como sociedad, ¿no deberíamos de antemano detectar el déficit de autocuidado en nosotros mismos?

¿Qué es mindfulness?

Como asegura Kabat-Zinn (1982), el término mindfulness se suele relacionar con el acto consciente de enfocar y sostener la atención en el momento presente, sin elaborar juicios de valor, para adoptar una postura de aceptación. Asimismo, este autor señala que mindfulness es también la “concentración para mantener la atención de manera constante enfatizando la observación momento a momento” (Kabat-Zinn, 1982). Sin embargo, esta primera acepción fue modificada posteriormente, y en su lugar se empezó a asociar con el “esfuerzo de prestar atención intencionalmente, sin juzgar la experiencia del momento presente, y sosteniendo esta atención en un periodo de tiempo” (Miller, Fletcher, & Kabat-Zinn, 1995, p. 193).

En síntesis, es posible definir de manera rápida y concreta al *mindfulness* o *Atención Plena* como “una ex-

periencia de meditación que nos permite saborear el momento a momento que vivimos, en el aquí y ahora”.

Mindfulness y la neurociencia

En la práctica de enfocar y sostener la atención en el momento presente, sin elaborar juicios de valor, mindfulness es un modelo de intervención psicológica basado en evidencia empírica sobre el cual se ha generado un creciente interés durante las dos últimas décadas, estimulado por el desarrollo de las ciencias neurocognitivas. En los procesos de regulación emocional y reducción de estrés intervienen sobre síntomas físicos, como el dolor, y psicológicos, como la ansiedad, depresión y distrés emocional.

También existen suficientes evidencias en estudios neurocientíficos que demuestran cómo mejora la neuroplasticidad cerebral y el aumento de materia gris en las zonas de la atención y la memoria, lo cual es posible gracias a mindfulness.

Meditar en la escuela

La meditación es hoy día un ámbito lo suficientemente investigado y contrastado como para abrirle las puertas de las escuelas. La mente se puede observar a sí misma (mindsight) y la experiencia subjetiva se fusiona con lo objetivable, lo cual reclama un nuevo paradigma. Diferentes referentes de la psicología -como C. Rogers quien inició, junto a Abraham Maslow, la corriente humanista o concretamente el Enfoque Centrado en la Persona (ECP)- y de la Enfermería escriben o exponen acerca de la necesidad de un giro sobre el paradigma de nuestra profesión. Y es en el marco de esta necesidad que resurge con fuerza el concepto de *humanizar el cuidado*.

Es dicotómico que en el aula enseñemos una de nuestras máximas: “no podemos cuidar al otro si no nos cuidamos a nosotros mismos”. Sin embargo, continuamos relegando el autocuidado para practicarlo cuando quizás ya tenemos una situación propia de enfermedad. Entonces, comencemos la humanización con nosotros mismos a través de autocuidado.

La práctica de meditación es un proceso de sintonía y contacto profundo con uno mismo, por lo que la actividad cerebral que se produce es similar a la sintonía del apego seguro entre padre/madre e hijo. Esto

² Ídem anterior

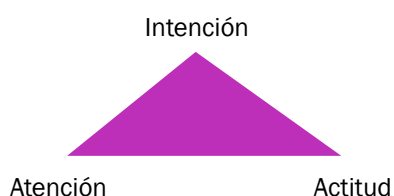
³ Alligood M.R., Tomey M.A. (2011: 22)

favorece la plasticidad neural e indica que además de las áreas atencionales, la meditación implica a las áreas sociales gracias a lo que se viene a denominar *integración* cerebral: unión sináptica funcional de regiones cerebrales física y funcionalmente diferentes. Esta actividad se da en el área prefrontal del cerebro, igual que otras funciones de socialización como la regulación del miedo, la flexibilidad de respuesta o la empatía, tan necesario para la actividad profesional⁴. El desarrollo de la atención plena (mindfulness) es una competencia meditativa que cobra importancia en los escenarios educativos, ya que se ejercita, como dice Williams James, la facultad de traer voluntariamente la atención errante, una y otra vez al presente. La educación que mejore esta facultad sería la educación por excelencia.

Proyecto RAIN

El proyecto RAIN se trata de un proceso que busca llevar la atención y la compasión a las emociones difíciles. Vivimos en una sociedad competitiva en la que sentir compasión hacia uno mismo muchas veces se percibe como un síntoma de debilidad, pero podríamos afirmar que curiosamente es justo lo contrario: no solo se necesita mucho valor para aprender a reconocer, aceptar sin juzgar aquellos problemas que debemos enfrentar, sino que al hacerlo fortalecemos nuestra resiliencia, “*nuestra capacidad de recuperarnos ante la adversidad*”.

Entendemos que Atención Plena plantea tres componentes donde se apoya:



Pasar de la reacción a la respuesta

- Tomar contacto con el estresor, **identificarse** con el evento y **reaccionar** es pegarse a la experiencia perdiendo el espacio mínimo donde danzan el observador y observado, suceso y testigo

- Tomar contacto con el estresor e **involucrarse con la situación** es acercarse a la experiencia manteniendo un espacio mínimo para poder descubrir sin juicios lo sutil, lo pequeño y lo evidente.

Práctica de: Reconozco, Acepto, Investigo, No me identifico

Reconozco: Tomo contacto con el estresor, lo percibo, lo noto.

Acepto: Las sensaciones tal cual son, negativas, positivas, neutras, sin juicios de valor.

Investigo: Pensamientos, sensaciones, sensaciones físicas.

No me identifico: Autocompasión.

Este proyecto en el escenario áulico y destinado a los estudiantes de enfermería de los diferentes años promueve en ellos un progresivo desarrollo de un conocimiento interno que permitirá autoconocerse, tener herramientas para hacer frente a las situaciones estresantes de la praxis profesional y de la vida cotidiana, además de potenciar la resiliencia personal.

Beneficios de la atención plena en el aula

Cuando enumeramos los inconvenientes, obstáculos o problemas que manifiestan los estudiantes al momento de acercarse al conocimiento o estudiar, la mayoría de los docentes coincidimos en los mismos aspectos. Sin embargo, cada vez más estudios e investigaciones sobre la respuesta psicológica que caracteriza a los estudiantes mientras transitan su formación dan cuenta que aún hay elementos donde como educadores podemos influir, si los estimulamos o los tenemos en cuenta.

Trabajar activamente sobre la atención plena tiene múltiples beneficios que se basan en las modificaciones fisiológicas que se producen a nivel cerebral en el estudiantado. Estimular el autoconocimiento en etapas tempranas de la formación profesional, sin dudas, traerá aparejado futuros enfermeros/as mejor preparados/as para ejercer la profesión.

⁴ López González L. (2019: 52-54)

La esencia del autoconocimiento como prioridad impulsa a reconocer el *self*. Más allá de cualquier circunstancia, podemos decir: yo soy. Thich Nhat Hanh, maestro zen vietnamita, tiene una extensa obra que versa sobre cómo educar la atención para percibir la realidad tal cual es. Dice que “cuando estamos atentos, tocando el presente, podemos ver y escuchar con profundidad y los frutos siempre son la comprensión, la aceptación, el amor y el deseo de aliviar el dolor y despertar el gozo”. Estos aprendizajes se están llevando a cabo en no pocas escuelas del mundo. Incluso, se habla de pedagogía o educación contemplativa, de aprendizaje consciente o incluso de pedagogía sentida.

Una serie de evidencias neuropsicológicas deben hacernos replantear nuestro enfoque educativo. Por ejemplo, que conciencia y emoción sean inseparables, o que conciencia y atención se necesitan, comprendiendo que no son lo mismo. Reflexionemos entonces para comprender cómo la meditación influye en el cerebro de nuestros educandos a través de la complejidad, la conexión interhemisférica e integración neural, así como las relaciones cuerpo-cerebro-mente.

Como sabemos, existen escuelas donde se le ha dado más importancia a la actividad del hemisferio cerebral izquierdo, responsable de la cuádruple: *lenguaje, linealidad, lógica y literalidad pensante*. El hemisferio derecho, por el contrario, se encarga de las habilidades no verbales, la visión espacial e integrativa, la memoria autobiográfica, la emoción espontánea y, en gran medida, de la consciencia corporal. Para tener la vivencia de un sentido corpóreo y afectivo del YO (cosa que suele ser uno de los efectos individuales de meditar), es imprescindible que exista dominancia de la actividad del hemisferio cerebral derecho. Esto otorga al YO una dimensión metacognitiva necesaria para todo arte y mística, lo cual justifica aún más meditar en las aulas.

Trabajemos fuertemente en estimular el autoconocimiento como primer paso de muchos otros que se caracterizarán por el desarrollo de personas empáticas, compasivas, comprometidas con el otro y la tarea, motivadas y, sobre todo, más humanos.

¿Trabajar sin estrés es posible?

El estrés ha sido muy estudiado desde las últimas tres décadas del siglo pasado en el ámbito educativo, debido a la interacción entre alumnado y profesorado. Según

Amutio, el “estrés proviene de las palabras latinas *strictus*, que quiere decir estrechamente y *stringere*, que significa apretar. Así fue que el hombre primitivo, ante los peligros, utilizaba su estrés para atacar o huir, es decir para sobrevivir, lo que responde al equilibrio natural y necesario entre tensión y distensión. De ahí que se hable de *distrés* que perjudica a la salud y el *eutrés*, necesario para sobrevivir y desarrollarse en nuestro hábitat”.

Existen tres grandes modelos teóricos de estrés. El modelo *basado en la respuesta*, que entiende el estrés como reacción / respuesta del individuo ante la tensión. Un segundo modelo *basado en el estímulo*, que se fija en los estímulos estresores y los hace responsables, y el tercer modelo, que se basa en la *interacción individuo – ambiente*.

Es basándonos en estos modelos que podemos pensar la formación áulica y la práctica hospitalaria de los estudiantes de enfermería. Es tarea del docente poder reconocer todos los estresores y no sólo eso, sino trabajar de forma individual las diferentes reacciones. Estimular su exteriorización y posterior forma de afrontamiento.

Práctica hospitalaria consciente

La práctica hospitalaria es un gran capítulo en la vida institucional del estudiante de enfermería. Es un momento de inflexión donde se ponen a prueba muchas sensaciones y emociones. Donde salen a la luz miedos, angustias, curiosidades, fantasmas, ideales, inquietudes, incertidumbres, satisfacciones y frustraciones, entre otros sentimientos.

Es el momento de conocer el escenario donde se van a desenvolver y del cual serán protagonistas con el paso del tiempo, a medida que van incorporando habilidades. Las situaciones de la práctica son, por su naturaleza, inestables. Harvey Books, un eminente ingeniero y educador, sostiene que las profesiones se enfrentan con una “exigencia de adaptabilidad sin precedente”. Es justamente la capacidad de adaptabilidad lo que modifica, positiva o negativamente, ese rol que debe tomar el estudiante cuando transita su práctica hospitalaria. Sumando a ello, John Dewey señala que “las situaciones de la práctica no constituyen problemas que han de ser resueltos, sino situaciones problemáticas caracterizadas por la incertidumbre, el desorden y la indeterminación”⁵.

⁵ D. Schön. (1998: 26-36)

En este contexto, tan familiar para los docentes y tan ambiguo para los estudiantes, es donde debemos: construir un intercambio beneficioso cuyo resultado sea positivo y a favor del practicante, facilitar el acercamiento de la teoría a la realidad presente, ser centinelas de ese aspecto no verbal que forma parte de cada uno de nuestros estudiantes, ser ejemplo de todo aquello que persiga ser imitado y educar en el saber pensar, en el saber hacer y en el saber ser en todo momento.

Debemos hacer todo esto mencionado sin dejar de lado la comprensión del estrés que caracteriza la actividad práctica y también tenemos que dar espacio al desarrollo del autocuidado, porque su incorporación es parte de un *proceso continuo* y no parte obligada del último tramo de la carrera. La incorporación de la práctica de atención plena o mindfulness viene a allanarnos el camino hacia la formación de un profesional íntegro y con consciencia tanto individual como colectiva.

Conclusiones, interrogantes y/o discusiones abiertas

En nuestro trabajo como profesores sabemos que, a través de nuestros estudiantes, estamos influyendo en las próximas generaciones. Esto nos exige animarnos a recuperar, para todos y cada uno, el tiempo de encuentro íntimo con nosotros mismos. Es decir, buscar un espacio libre de mandatos o imposiciones, donde restablezcamos el balance propio entre las demandas actuales del mundo, nuestra capacidad de autorregularnos y despegar nuestros recursos internos.

La psicóloga y terapeuta familiar Marina Lisenberg afirma que “la práctica de mindfulness es individual, pero redundante en beneficio de todos. Cuando aprendemos a captar la experiencia en primera persona del singular, descubrimos cuán conectados e interdependientes somos y estamos”⁶.

Desde el cuatrimestre correspondiente a marzo-julio de 2022 incorporamos los lineamientos de este proyecto a nuestra cátedra de Adulto y Anciano. Tomamos el espacio áulico para introducir a los estudiantes en esta herramienta, pero previamente, les compartimos de qué se trataba la actividad y, con su aceptación posterior, los acercamos a la atención plena a través de ejercicios grupales y guiados.

No obstante, a partir de la demanda espontánea que recibimos de parte de ellos, también incorporamos ejercicios de mindfulness como cierre semanal en el hospital. A partir de allí es que, una vez finalizada la actividad específica de la práctica hospitalaria propiamente dicha, en un aula designada para tal fin y durante la posclínica, destinamos un espacio de quince minutos para transitar juntos la experiencia de mindfulness o atención plena, a través de ejercicios presenciales de meditación guiada auditiva y de visualización.

La respuesta y devolución que obtuvimos nos abrió el camino para proponernos el desafío de continuar buceando este espacio recientemente descubierto para nosotros, pero prometedor y del cual estamos convencidos que tiene múltiples beneficios.

A partir de nuestra experiencia nos planteamos seguir investigando y explorando, porque sabemos que la práctica continua creará el hábito. De esta manera nos planteamos los siguientes interrogantes: ¿podemos como docentes estimular la práctica del autocuidado? ¿Es provechoso vivenciar estados de bienestar a nivel personal? Si estamos centrados en la importancia de autocuidarnos, ¿es más fácil cuidar al otro? ¿Cómo integramos nuestras sensaciones a distintas cuestiones de manera consciente y no mecánica? ¿Cómo elegimos deliberadamente cómo responder en vez de reaccionar en forma refleja?

⁶ Lisenberg, M. (2018: 38)

Anexo

Al finalizar el cuatrimestre y posteriormente a la finalización de la cursada, se compartió una entrevista voluntaria y anónima sobre el desempeño de la cátedra

y la satisfacción de los estudiantes para con el campo práctico. En dos de las preguntas agregamos aspectos relacionados a factores emocionales y sentimientos experimentados.

- 1. ¿Sintió en algún momento un elevado grado de incertidumbre y estrés durante las prácticas hospitalarias?

Ítems	Estudiantes
Muchas Veces	4
Bastantes veces	14
Algunas veces	14
Pocas veces	4
Nunca	0



- 2. ¿Sintió y/o experimentó disminución de la carga emocional con las prácticas de meditaciones (pausas conscientes)?



Las respuestas condicen a lo que expresaban durante la experiencia de la práctica de mindfulness. De todos modos, nos queda latente el compromiso de continuar en este camino y continuar sumando vivencias junto a los estudiantes, en beneficio mutuo y atemporal.





Actividad RAIN

Como actividad sumativa proponemos planificar una o dos actividades RAIN por cuatrimestre. Para ello se proponen planificar grupos de estudiantes con quienes se acuerda practicar juntos de forma regular. Una sesión dura entre 35 / 40 minutos.

Esta práctica permite profundizar la confianza, la seguridad y el apoyo mutuo. Practicar RAIN con personas afín a un grupo de pertenencia puede proporcionar un espacio relacional seguro y de apoyo, que lo mantiene enfocado y responsable de su propia atención, profundiza la intimidad con otra persona, permite conocer a otro desde otra mirada y sirve para ese “despertar juntos” que, en otras palabras, ¡es jugoso!

BIBLIOGRAFÍA

Alligood M.R., Tomey M.A. (2011) Modelos y Teorías. 7 ed. Elsevier. España. Cap.14. p267. Consultado 01/10/2022. Disponible en: https://www.academia.edu/11289973/Modelos_y_teorias_en_enfermeria_7ed_medilibros
 Cándarle J. (2018) Siete cualidades para una vida plena. 1ra edición. Caba. Bs As. Argentina
 Cándarle J. (2021) Mindfulness: del sufrimiento al Bien-estar. 1ra edición. Caba. Bs As. Argentina
 Disponible en: <https://revistapensamiento.uaemex.mx/article/view/341>
 Lisenberg, M. (2018) Atención plena para niños y adolescente. Grjalbo. Buenos Aires.

López González L. (2019) Escuelas que meditan. Desclée De Brouwer. Bilbao. Pp 45- 54- 20- 23-50- 52- 90
 López González L. (2022) Educar la atención. 2da edición. España.
 Miller JJ, Fletcher K, Kabat-Zinn J. (1995) Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. Gen Hosp Psychiatry. May;17(3):192-200. Consultado 02/10/2022. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7649463/>
 Pichardo Farfán, R. (2013) La reflexión y la experiencia como momentos esenciales en la construcción de una práctica reflexiva. N. 1, p. 187-201, ISSN 1870-6304. Fecha de acceso: 11 oct. 2022
 Schön, D. (1998) El profesional reflexivo. Paidós. España. Pp 26-36.

Estrategias para el cuidado enfermero de calidad desde un abordaje interdisciplinar

Sofía Jerkovich
Ana Müller*

La siguiente propuesta didáctica, pensada para ser llevada adelante en un nivel de formación de grado de la carrera de Enfermería, gira en torno a un tema complejo para el estudiante, pero que utilizará no solo en el desarrollo de su carrera, sino también en su vida profesional: el examen físico.

Introducción

Los procesos educativos que privilegian métodos tradicionales de enseñanza, que refuerzan un papel pasivo del estudiante, sumado a las exigencias de un nuevo estatus como estudiante universitario -con escasos o deficientes hábitos de estudio, diferentes contextos socioeconómicos, desinformación sobre las dinámicas y procesos propios de la vida universitaria, relación docente estudiante, entre otras- nos desafían a buscar nuevas estrategias de enseñanza.

Los modos de conocer los valores y motivaciones, que en cada momento histórico han dominado y orientado el pensamiento, no son permanentes, y es en este contexto que la técnica aparece asociada a un modo de conocimiento práctico (Cardwell, 1994). En el campo educativo se busca resolver, a través de múltiples disciplinas, un problema complejo en tiempos y espacios acotados, y esa búsqueda de una solución debe ser orientada a la acción práctica.

A fines del siglo XX, con la aparición de nuevas tecnologías de la comunicación, se produce una eclosión en las

actividades humanas, entre ellas el campo de la educación, donde los recursos multimediales dejaron de ser una moda para pasar a ser una herramienta didáctica.

Contexto

La siguiente propuesta didáctica ha sido pensada para ser llevada adelante en un nivel de formación de grado. La carrera en la que se desarrollará es la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario, que tiene como característica su organización en dos ciclos: el primero se completa al finalizar el tercer año, cuando tras cumplimentar todos los requisitos académicos se confiere el título intermedio de enfermero/a, y el segundo ciclo concluye en el quinto año, cuando se otorga el título de Licenciado/a en Enfermería.

En el año 2017 comenzó a desarrollarse en nuestra Universidad un nuevo plan de estudios, con un total de 41 materias (28 en el primer ciclo y 13 en el segundo). El primer año de la carrera consta de 9 materias, tres

* Jerkovich Sofía Leila. Licenciada en Enfermería. Especialista en Docencia Universitaria. Maestranda de la Maestría en Docencia Universitaria de la Universidad Tecnológica Nacional de Rosario. Profesora adjunta Dedicación Exclusiva, desempeña funciones como docente titular de asignatura de primer año, segundo y quinto año de la carrera Licenciatura en Enfermería de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario.

Müller Ana Rosa. Licenciada en Enfermería. Especialista en Docencia Universitaria. Especialista en Neonatología. Maestranda de la Maestría en Docencia Universitaria de la Universidad Tecnológica Nacional de Rosario. Profesora Titular Dedicación Exclusiva, desempeña funciones como docente titular de asignaturas de primer año, adjunta en asignaturas de quinto año y materia electiva de la carrera Licenciatura en Enfermería de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario.

anuales y seis cuatrimestrales, donde se desarrollan cuatro conceptos claves en esta disciplina: cuidado, sujeto, contexto y salud.

Las características de nuestro estudiantado han sido estudiadas y descritas en una investigación llevada adelante por un grupo de colegas de la Escuela de Enfermería¹, arrojando resultados tales como que el 80% son mujeres, 20% varones, 85% argentinos, 15% extranjeros y la edad media total es de 29 años.

En el primer año, el indicador de la edad media total es de 25 años, es decir, que el ingreso a nuestra carrera es posterior a los registrados en otros ingresos universitarios. En muchos casos, esta incorporación tardía suele estar relacionada con el ejercicio de la maternidad por parte de nuestras estudiantes mujeres. En este sentido, cabe destacar que el 39% del total del estudiantado (tanto mujeres como varones) tiene hijos. En cuanto a los indicadores económicos, más del 30% debe trasladarse a nuestra ciudad para estudiar, mientras que el 64% costea sus propios gastos de educación y trabaja más de 36 horas semanales. Además, más del 70% es la primera generación universitaria de su familia.

Otro aspecto que nos parece importante mencionar es que la Escuela de Enfermería está comenzando a transitar su segundo año de cambio curricular, lo que significa la conformación de nuevos equipos de trabajo, con el armado de cátedras con docentes que provienen de distintas materias, con modalidades de trabajo diferentes y atravesando las dificultades propias de estos cambios.

La asignatura elegida para la propuesta didáctica es Trayecto Procedimental I, que pertenece al primer año de la carrera, se desarrolla de manera anual y forma parte del área profesional. En este sentido, cabe destacar que la matrícula de este año para esta cátedra es de aproximadamente 1000 estudiantes², entre ingresantes y recursantes.

Se trata de un taller que brinda la oportunidad de desarrollar los procedimientos y las técnicas básicas que forman parte del cuidado de enfermería, para el logro de habilidades en relación a la valoración de las personas y grupos, así como la aplicación de los principios de bioseguridad que garanticen un cuidado seguro.

Dicha asignatura consta de 4 talleres: Bioseguridad 1era parte (Lavado de Manos), Bioseguridad 2da parte (colocación y descolocación de guantes, batas y barbijo, aislamiento y esterilización), Signos Vitales (Tensión Arterial y Pulso) y Examen Físico y Signos Vitales (Temperatura y Frecuencia Respiratoria). Todos se ejecutan en el Laboratorio de Habilidades Procedimentales de la Escuela de Enfermería por medio de la simulación clínica, donde los estudiantes tienen como material complementario una lista de control (check list) que los ayuda en el correcto orden del examen físico.

Finalmente, y en concordancia con esta estrategia didáctica de la simulación, se utiliza la última parte del encuentro (debriefing) para hacer énfasis en las capacidades adquiridas por el estudiante y en los aspectos a mejorar. Si luego de estas etapas el estudiante no logra obtener las habilidades requeridas para superar esta instancia, tiene una nueva oportunidad en el Laboratorio.

Los contenidos y habilidades obtenidos en dicha materia se completan y complementan con conocimientos teóricos adquiridos en otras asignaturas como Tecnologías en Enfermería, que inicia al estudiante en el conocimiento y manejo del proceso de cuidado enfermero, con especial énfasis en la etapa inicial de valoración: técnicas específicas que le permiten el examen físico completo (a partir de los principios semiológicos y en el marco de las necesidades básicas), entre otros requerimientos.

La propuesta didáctica del presente trabajo girará en torno a un tema que consideramos complejo para el estudiante, pero que a su vez utilizará no solo en el desarrollo de su carrera, sino también en su vida profesional: el examen físico.

Problema de enseñanza que se aborda

Aunque el examen físico posee un determinado orden, en la práctica clínica diaria las destrezas no pertenecen solo a la esfera cognitiva y procedimental, sino también a la conativa, buscando guiar y obtener una respuesta determinada del sujeto de atención. Incluimos aquí los modos vinculares que necesita adquirir el estudiante para poder relacionarse de un modo apropiado con el sujeto de atención.

Tengamos en cuenta que el examen físico supone una práctica invasiva y que trabajamos sobre la base de la complejidad, de que los sujetos de atención son

¹ Entre el estudio y el trabajo, una aproximación a la situación de los estudiantes de la carrera Licenciatura en Enfermería de la UNR (2010). Simonetti G. Chervo MA. Ferronatto M. Martínez Salomón. N. Nores R. Tolentino D. Edes M.

² Fuente: Alumnado Escuela de Enfermería. Facultad de Ciencias Médicas. UNR 2018

singulares, es decir, que cada uno necesitará alguna cualidad diferente del estudiante y futuro profesional. La actitud psicológica⁴ es una construcción que se va a realizar durante toda la carrera, pero el hecho de que en el primer año el estudiante tenga que trabajar con sujetos reales implica un gran esfuerzo para nuestra cátedra. Entendemos que, por más que se lea y se memorice, sólo se aprende a hacer un examen físico adecuado practicándolo, es decir, repitiéndolo muchas veces, y su importancia radica en que es el principal método para obtener datos objetivos observables y medibles del estado de salud de las personas. Por lo tanto, el examen físico es esencial para completar la fase de valoración, ya que el profesional de enfermería podrá confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista.

El abordaje para la obtención de datos del sujeto de atención se realiza utilizando tres técnicas: la observación, la entrevista y el examen físico. Este último fue abordado por la cátedra durante el año anterior con material teórico y audiovisual elaborado por los docentes. Para el presente proyecto, el desafío que nos proponemos será la integración interdisciplinaria, abordando la temática propuesta y profundizando en el aspecto vincular, indispensable para el cuidado enfermero.

Desde hace mucho tiempo, la tecnología en manos de nuestros estudiantes está omnipresente en el espacio áulico a través de sus celulares: sacan fotos a los pizarrones, graban las clases, consultan videos, utilizan los buscadores para resolver situaciones prácticas, etc. La intención, pues, es que se pueda lograr una amalgama entre la tecnología y el conocimiento, enriqueciendo la apropiación y logrando una reelaboración utilizando imágenes, sonidos, procesos perceptivos, de modo que el lenguaje tecnológico sea un vínculo entre los contenidos disciplinares, la enseñanza y el pensamiento.

En cuanto a los recursos disponibles para llevar adelante nuestro proyecto, es importante destacar que contamos con una plataforma educativa diseñada, gestionada y centralizada en la Facultad de Ciencias Médicas y con personal dedicado a esta actividad. Esto implica que la apertura de cualquier espacio virtual debe ser gestionada laboriosamente, pues el departamento que se ocupa de esta estrategia lo hace para las tres escuelas de la facultad, lo que suele ser un inconveniente en cuanto a la celeridad de la apertura y cargado del material.

Por otra parte, el material de cátedra que hasta ahora se ha estado produciendo tiene dos características: es de diseño propio de los docentes y se realiza con sus recursos personales, pero en instalaciones de la institución con entornos simulados tanto para generar material como para que los estudiantes devuelvan sus prácticas

Tecnologías utilizadas

La tecnología educativa, en un sentido amplio, supone el diseño pedagógico, estructuración y presentación de información con objetivos educativos. Al respecto, en opinión de Rodríguez Diéguez, el diseño, la estructuración, la presentación y la optimización de los instrumentos, medios y programas de intervención didáctica constituyen el centro de gravedad de la tecnología educativa. Para el abordaje de la materia, la cátedra ha preparado material bibliográfico que consta de una recopilación con los temas principales, una guía didáctica, un módulo para la experiencia en terreno y material audiovisual. En tanto, la propuesta para el presente año consiste en abordar la temática del examen físico, incorporando aspectos vinculares que el estudiante debe conocer.

En este sentido, es insoslayable la inclusión de la psicología y los aportes teóricos de esta disciplina, para así poder combinar los distintos aspectos cognitivos, procedimentales y vinculares que convierten a una técnica en un procedimiento. Como hemos mencionado, la utilización de métodos audiovisuales pensados y elaborados por docentes de la cátedra, en los espacios y con los elementos que luego utilizarán los estudiantes, nos pareció de relevancia para una primera aproximación al tema que suele resultar complejo en sí mismo, sobre todo para un estudiante de primer año.

El desafío para este proyecto es incorporar e involucrar a los estudiantes en la elaboración de material audiovisual para el desarrollo del tema planteado con sus propios elementos (celulares), a la vez que les permitirá involucrarse de un modo más personal en el aprendizaje del tema.

Objetivos del aprendizaje:

- El estudiante será capaz de reconocer los aspectos más importantes de una entrevista.
- El estudiante deberá ubicar y entender los aspectos vinculares dentro del procedimiento.

⁴ Ezcurra, Ana María (2013). Igualdad en educación superior: un desafío mundial. Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento; IEC, Conadu.

Contenidos: Realizar un examen físico a un sujeto adulto, articulando en el procedimiento lo actitudinal y lo vincular.

Con qué:

- Recopilación bibliográfica. Material teórico
- Unidad didáctica. Guías para resolver.
- Material audiovisual provisto por la cátedra.

Estrategia:

- Práctica simulada.
- Práctica real.
- Cuándo se enseña: encuentros de dos horas por semana.

Propuesta didáctica para los estudiantes:

Para facilitar la comprensión del tema, las distintas asignaturas nos propusimos una estrategia didáctica diferente. La cátedra de Tecnologías en Enfermería utiliza la modalidad de resolución de problemas en forma grupal, de manera tal que los estudiantes ya tienen grupos conformados de no más de 5 integrantes cada uno. La estrategia consiste en que grupos iguales de estudiantes realicen un material audiovisual sobre el procedimiento, con énfasis en los aspectos vinculares. Unos grupos trabajarán con un abordaje previo del material teórico, mientras que otros, sin el abordaje de este material, apelando a sus conocimientos, saberes o experiencias previas.

A su vez, la cátedra elaborará también un material audiovisual basado en la teoría y con pequeños sesgos que suelen presentarse en estas situaciones. Una vez comunicada la consigna se les dará un plazo de una semana para luego llevar adelante la puesta en común.

Primera clase: exposición de lo elaborado

Los estudiantes que elaboraron el material audiovisual sin marco teórico expondrán su trabajo. Luego, lo harán los que lo hicieron con lectura previa de los contenidos de la recopilación bibliográfica.

Finalmente, se expondrá el material propuesto y elaborado por la cátedra. Se llevará adelante posteriormente un debate, tratando de identificar saberes, supuestos y arribar a conclusiones, siempre con la presencia de docentes de ambas disciplinas.

Consigna para la segunda clase: a partir de lo expuesto, reelaborar el material.

Segunda clase: Evaluación

Partimos de entender la evaluación como un proceso que tiene movimiento, y que es una necesaria reflexión sobre la tarea concreta y cotidiana que se lleva a cabo durante todo el cursado. En este espacio curricular creemos pertinente ir recorriendo junto al estudiante el camino desde el inicio mismo. Así, nos posicionamos desde el lugar de entender que toda evaluación es parcial y acotada.

Y aquí viene a prestar su ayuda una herramienta de la tecnología, que nos permite enriquecer el trabajo. La idea que subyace en nosotros es que no sea solo una adopción acrítica de la tecnología, sino que su ingreso sea una herramienta eficaz a la hora de que el estudiante protagonice su proceso. Creemos necesario resaltar que el modo de evaluar incluye al estudiante, ya que lo considera un actor protagonista de la misma, participante, y que busca articular un proceso que se va construyendo entre la cátedra y los estudiantes, en forma conjunta.

BIBLIOGRAFÍA

Díaz Barriga Arceo, F. (2011) Aproximaciones metodológicas al análisis y la evaluación de la docencia en *La evaluación de la docencia en la universidad*. Rueda Beltrán, M. y Díaz Barriga Arceo, F. (coordinadores). México DF: UNAM y Plaza Valdés Editores.

Ezcurra, Ana María (2013). *Igualdad en educación superior: un desafío mundial*. Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento; IEC, Conadu.

Lion, C (2006). *Imaginar con tecnologías*. Ed Stella. Argentina

Marchisio, S. (2003) *Tecnología, educación y nuevos ambientes de aprendizaje. Una revisión del campo y derivaciones para la capacitación docente*. Revista Rueda N°5

Marchisio, S. *Algunos elementos para la discusión y el consenso en la reconceptualización del campo de la tecnología educativa*. Facultad de Ciencias Exactas, Ingenierías y Agrimensura.

Simonetti G. Chervo MA. Ferronato M. Martínez Salomón. N. Nores R. Tolentino D. Edes M. (2010). *Entre el estudio y el trabajo una aproximación a la situación de los estudiantes de la carrera Licenciatura en Enfermería de la UNR* (2010)

Primer Seminario sobre Prácticas Avanzadas: "Enfermería, presente y futuro"

Los pasados 14 y 15 de noviembre se realizó en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires el seminario sobre Enfermería de Práctica Avanzada (EPA), organizado por la Federación Argentina de Enfermería (FAE), la Asociación de Enfermería de Capital Federal (AECAF) y el Consejo Federal de Enfermería de Brasil (COFEN).

El evento se desarrolló en la sede porteña de AECAF/FAE y contó con la participación de destacados exponentes. Por Brasil y representando al COFEN, el Dr. Gi-Iney Guerrero de Madeiros disertó sobre "Enfermería en Prácticas Avanzadas. Conceptualización y Competencias", mientras que por Argentina expusieron sobre "experiencias nacionales en EPA" las licenciadas Blanca Zambrana, Andrea Cazón y Gabriel Agüero del Hospital Dr. Juan P. Garrahan de CABA.

Esta actividad compartida con colegas de Argentina y Brasil significó una oportunidad para apoyar el desarrollo de los estándares y las competencias necesarias para una práctica profesional actualizada y promover un sistema regulatorio apropiado para apoyar la práctica avanzada que coopere a una atención de salud segura y humanizada, al tiempo que busca construir y apoyar una cultura que priorice la formación continua y la participación en el diseño y el desarrollo de planes y políticas para apoyar la salud, el bienestar y las condiciones de trabajo.

Algunos antecedentes de la EPA

La Enfermería de Práctica Avanzada (EPA) se originó en los estudios formales de la Enfermería a nivel de posgrado alrededor de la década de 1970, principalmente en Estados Unidos y Canadá. Surgió como una estrategia que poco a poco fue incrementando el acceso a los servicios y la cobertura en salud desde la perspectiva de la Atención Primaria a la Salud (APS), pero que también muestra evidencia de una fuerte tendencia de crecimiento en los sistemas de atención a la salud en todo el mundo.





Se conformó un grupo técnico a nivel latinoamericano que actualmente trabaja en la elaboración del reporte de un estudio de consenso, que tiene como propósito conocer la percepción de enfermeras de los sectores de salud y educación respecto a las competencias centrales que debe tener una enfermera de práctica avanzada, en el contexto de la perspectiva latinoamericana.

Por su parte, el Consejo Internacional de Enfermería ha definido a la enfermera de práctica avanzada como una profesional que ha logrado una base de conocimiento experto, habilidades para la toma de decisiones clínicas complejas y competencias para ejercer un papel extendido. Estas características son delineadas de acuerdo al contexto del país en el que ha sido licenciada para ejercer profesionalmente, por lo cual se considera que su nivel de entrada debe ser la maestría.

La naturaleza de dicha práctica implica:

1. Un alto grado de autonomía y ejercicio profesional independiente.
2. El manejo de casos a través de poner en práctica competencias clínicas avanzadas reconocidas, para la valoración, el razonamiento diagnóstico y la toma de decisiones.
3. Proveer servicios de consultoría a proveedores de salud.

4. Desarrollar planes, la implementación y evaluación de programas.
5. Ser el primer punto de contacto reconocido para los pacientes.



Visita terapéutica de mascotas

Walter G. Leguizamon

JEFE DE DEPTO. ENFERMERÍA. CENTRO DEL PARQUE

"Una pequeña mascota es, a menudo, un compañero excelente para los enfermos, especialmente en los casos de largas enfermedades crónicas"

FLORENCE NIGHTINGALE. "Notes of Nursing", 1860

Diversos estudios científicos prueban los beneficios de las visitas terapéuticas de mascotas, por eso cada vez más instituciones de nuestro país se adhieren a ellas. Es necesario que los equipos de salud se animen a transitar esta experiencia que, además de redundar en beneficio de los pacientes, también se orienta hacia una salud humanizada.

Quienes tienen o han tenido alguna vez una mascota saben lo mucho que estos pequeños seres pueden aportarnos, llegando a ser fieles compañeros, amigos del alma y grandes maestros.

El término mascota proviene del francés "mascotte" y hace alusión al animal que acompaña al ser humano. Según estudios publicados en la revista "Current Biology", la relación entre perros y humanos habría comenzado hace unos 40.000 años.

Pero fue recién en 1860 que este vínculo comenzó a tomar una verdadera dimensión en el contexto de salud-enfermedad de las personas, cuando Florence Nightingale, creadora de la teoría ambientalista, hace notar que llamativamente aquellos pacientes que estaban en compañía de mascotas, en particular los aquejados por patologías crónicas, transitaban de mejor manera sus padecimientos.

En 1919 surge en USA la primera iniciativa que sien-

ta las bases para la visita terapéutica de mascotas a centros de salud cuando Franklin Lane, Secretario del Interior, introduce la visita de animales a pacientes psiquiátricos del Hospital Saint Elizabeth.

En Argentina, esta iniciativa cobra mayor importancia a partir del 2021, cuando centros de salud como el Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento, y posteriormente el Hospital El Cruce Néstor Kirchner, comienzan a protocolizar e incorporar este importante beneficio para sus pacientes, que afortunadamente se ha ido extendiendo en muchos más centros de salud del país.

A nivel nacional, desde el año 2016 se han presentado varios proyectos para la incorporación a la Ley de Derechos del Paciente 26.529 de un artículo que permita asegurar las visitas de las mascotas a sus cuidadores o tenedores responsables cuando éstos atraviesan estadías prolongadas de internación; pero aún sigue en tratativas.

*Magíster en Enfermería. Profesora de nivel secundario y terciario. Docente catedra Seminario de investigación de la carrera de Enfermería. Integrante del equipo de salud de la Dirección de territorios saludables (Ministerio de salud, Provincia de Santa Fe). Doctoranda en Ciencias de la salud (UNL). Presidenta de la fundación Cuidamos.

¿Qué beneficios aporta la visita terapéutica de mascotas?

Los beneficios que aportan las mascotas a las personas están ampliamente descritos en innumerable bibliografía y son, entre otros, la reducción del estrés, la disminución de la presión arterial sistólica, de los triglicéridos y el cortisol, así como el aumento de las b-endorfinas, prolactina, ocitocina y dopamina. Además, ayudan a disminuir los síntomas de la depresión, mitigan el sentimiento de soledad, mejoran las relaciones interpersonales y humanizan los contextos de internación.

¿Qué debemos tener en cuenta para adherir a las visitas terapéuticas de mascotas?

Lo primero que debemos tener en cuenta es que cualquier institución de salud puede estar en condiciones de permitir las visitas terapéuticas de mascotas. Solo será necesario disponer de voluntad, de trabajo en equipo y de contar con un protocolo de intervención que garantice una visita segura para la mascota, los pacientes, sus familiares y el equipo de salud.

¿Qué debe contemplar un protocolo de intervención respecto de visitas terapéuticas de mascotas?

a- Respecto de la selección de los pacientes:

- Excluir a pacientes cuya conducta o imprevisibilidad pueda generar una situación de riesgo para la mascota o para sí mismo.
- Excluir a pacientes con alergia o fobia a los animales.
- Excluir a pacientes inmunocomprometidos en general.
- Solicitar consentimiento informado de los responsables de aquellos pacientes que no están capacitados para tomar decisiones.

b- Respecto de la selección de la mascota:

- Excluir animales que por su temperamento, tamaño, raza o edad sean difíciles de controlar.
- Excluir animales en tratamiento por infecciones bacterianas, parasitarias o micóticas.
- Excluir animales con lesiones expuestas.

- Excluir animales que no tengan completo el esquema vacunatorio.

c- Respecto del ámbito para la visita:

- Contar con un espacio controlado donde las dimensiones del lugar permitan tener fácil acceso al animal ante cualquier contingencia.
- Los espacios de visita deben ser individuales no expuestos a alto tránsito de personas, aislado en lo posible de ruidos para evitar distraer y estresar a los animales.
- El lugar del encuentro deberá ser lo más cercano al ingreso para evitar que la mascota deambule por recorridos largos expuesto a diferentes estímulos. De no ser posible, el animal deberá ser trasladado en dispositivos adecuados para mascotas.

d- Tiempos de la visita terapéutica:

Las visitas terapéuticas de mascotas o terapia asistida por mascotas es definida como un programa de intervención donde un animal, que reúne condiciones físicas y sociales, forma parte integral de un proceso de rehabilitación o tratamiento.

De esta manera, por ser un programa integral, requiere de la intervención de distintos actores y distintos momentos de un mismo proceso. Cada institución deberá gestionar la logística del mismo de acuerdo con sus características y posibilidades.

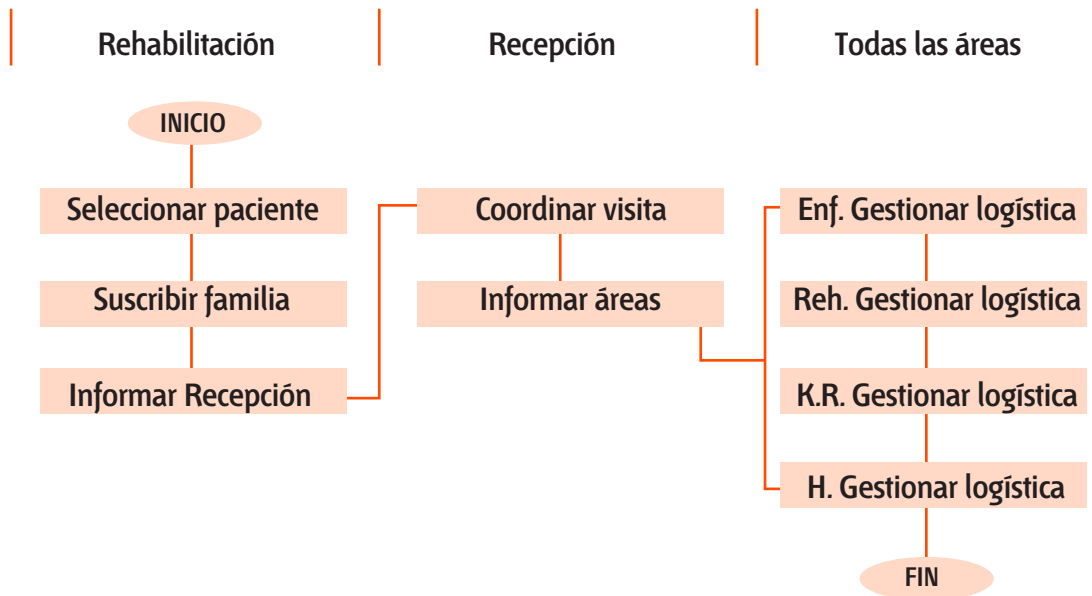
Etapas del proceso

1. Gestión de la visita terapéutica de mascotas.
2. Recepción de la visita terapéutica de mascotas.
3. Retiro de la visita terapéutica de mascotas.

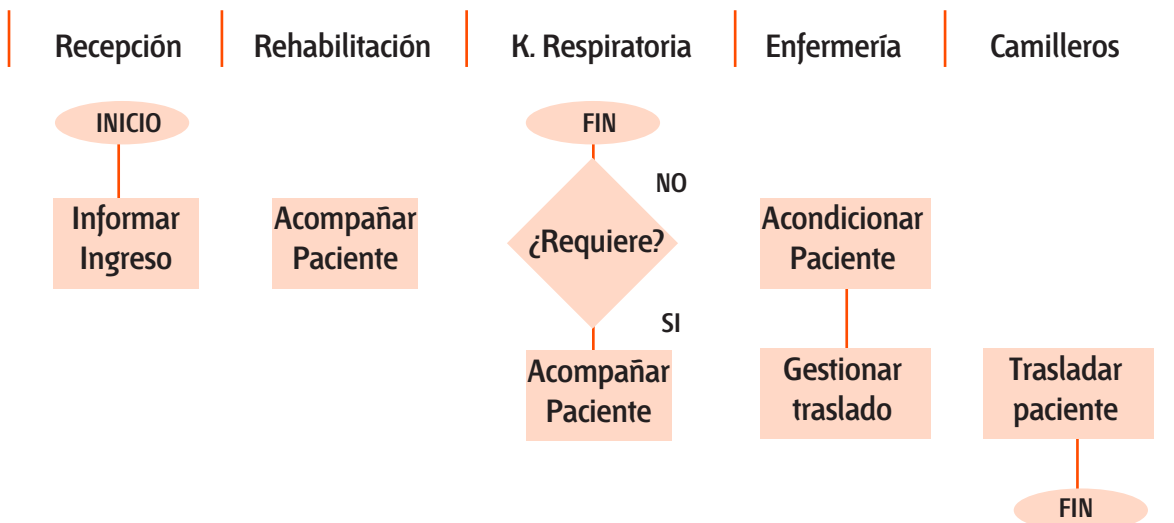
Los actores intervinientes mínimamente serán: médicos, administrativos, enfermeros, camilleros y muca-mas, pero podrá variar de acuerdo con las características del centro de salud.

Ejemplo de un centro de rehabilitación:

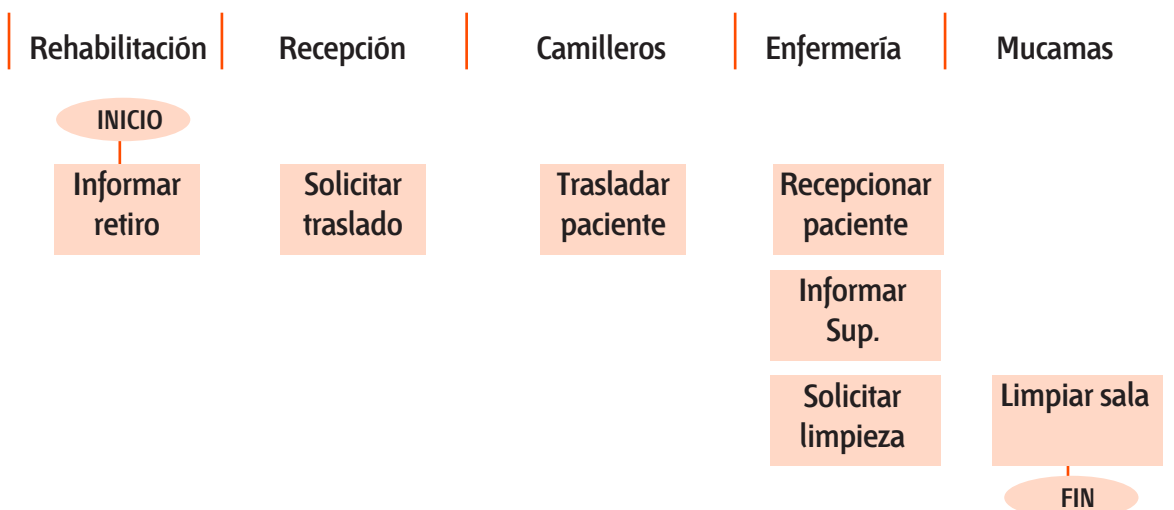
Gestión de la visita terapéutica de mascotas



Recepción de la visita terapéutica de mascotas



Retiro de la visita terapéutica de mascotas



e- Cuidados de enfermería:

- Valorar las condiciones del paciente, previas y posteriores a la visita en busca de cualquier situación anómala que pueda ser un condicionante para la visita o para futuras visitas.
- Preparar al paciente cubriendo con gasa o apósito toda conexión, inserción de catéteres o lesión expuesta.
- Realizar lavado de manos del paciente antes y después de la visita.
- Descartar todo fluido corporal contenido en colectores, bolsas o brocales, previo a la visita.
- Gestionar la visita lejos de los momentos de realización de procedimientos, administración de medicamentos o administración de alimentos.
- Registrar el resultado de la visita y toda información que pudiera ser de utilidad como rasguños, mordeduras, alergias etc.

f- Que deberán saber el paciente y la familia:

- El animal deberá ser bañado y cepillado en el día previo a realizar la visita.

- El animal no podrá ingresar sin una constancia de su veterinario que avale su estado de salud, temperamento y vacunación al día.
- El animal no deberá comer al menos 2 (dos) horas antes de la visita.
- Las excretas del animal serán retiradas inmediatamente utilizando guantes y bolsa y se dispondrán en recipiente con bolsa roja.
- Se evitara en lo posible el contacto del animal con la cara del paciente.
- Personal de salud coordinará el transcurso de la visita.
- La visita no durara más de 30 minutos.

A modo de conclusión

Cada vez más instituciones de nuestro país adhieren a este tipo de visitas terapéuticas. Es sabido los beneficios que esto comporta; solo hace falta que nos animemos, como equipo de salud, a transitar esta experiencia que además de redundar en beneficio de los pacientes, también se orienta hacia esa salud humanizada por la que todos bregamos.

«Si pasas tiempo con los animales, corres el riesgo de volverte una mejor persona»

(OSCAR WILDE)

BIBLIOGRAFÍA

Bernstein, P; Friedman, E; Malaspina, A. (2000). "Animal assisted therapy enhances resident social interaction and initiation in long term care facilities". *Anthrozoos*, 2000 (13): 43-50.
Leonor Jofré, M. (2005). "Visita terapéutica de mascotas en hospitales". *Rev Chil Infect* 2005; 22 (3): 257-263
Odendaal, J. S. "Animal assisted therapy: magic o medicine?". *Journal of Psychosom Res* 2000; 49: 275-80.

Programa Nacional de visitas de mascotas en los hospitales, sanatorios y centros de salud públicos y privados. Expediente 8454-D-2016. Trámite Parlamentario N° 179. 30/11/2016 .
Velde, B; Cipriani, J; Fisher, G. (2000). "Resident and therapist view of animal-assisted therapy: implications for occupational therapy practice". *Aust Occ Ther J* 2005; 52: 43-50.

¡Revista Vea Llegó a Instagram!

¡No te pierdas todas
las novedades del sector!



Encontranos como



@revistaveaenfermeria

y sumate a la comunidad
de enfermería
más grande del país

**Una revista hecha
por y para
profesionales de enfermería**

Bases para la publicación de artículos

FORMATO DE PRESENTACIÓN

- Tamaño de página: A4
- Cuerpo del texto y bibliografía:
Fuente Arial 12
- Notas al pie: Fuente Arial 10
- Interlineado: 1,5
- Extensión: hasta 10.000 caracteres
(sin espacio)

RECIBIMOS PRODUCCIONES
CIENTÍFICAS RELACIONADAS
CON LA DISCIPLINA ENFERMERA

- Informes
- Monografías
- Trabajos de investigación
- Procedimientos
- Técnicas
- Protocolos
- Presentaciones de casos
- Experiencias

INFORMACIÓN DEL AUTOR

- Nombre completo del autor.
- Teléfono, fax y/o mail de contacto.
- Dirección postal del responsable de la presentación.
- Antecedentes laborales del autor (títulos académicos obtenidos, cargos y funciones desempeñadas, filiación institucional).

SOBRE EL ARTÍCULO

- Título
- Resumen: hasta 300 caracteres
Resumen en inglés (Abstract)
- Palabras clave: máximo 5
En español e inglés (keywords)
- Bibliografía

BIBLIOGRAFÍA: FORMATO DE CITA

LIBROS

- Apellido, inicial del nombre del autor o autores.
- Año de publicación (entre paréntesis).
- Título del libro en cursiva, seguido de punto.
- N° de edición, seguido de punto.
- Editorial, seguido de dos puntos.
- Lugar de edición, seguido de punto.

EJEMPLO:

Ackley, B. J. y Ladwing, G. B. (2007) Manual de diagnósticos de Enfermería: Guía para la planificación de los cuidados. Elsevier Mosby: Madrid.
Los números de páginas de referencia se indicarán en NOTA AL PIE, de la siguiente manera:
Ackley y Ladwing (2007: 234-250).

REVISTAS

- Apellido, inicial del nombre del autor o autores.
- Año de publicación (entre paréntesis)
- “Título del artículo entre comillas, seguido de coma”,
- Nombre de la revista en cursiva
- Número de volumen, serie, número, etc., seguido de punto y coma;
- Números de páginas de referencia, seguido de punto.

EJEMPLO:

Altman, E., Clancy, C. y Blendon, R. (2004)
 “Improving patient safety-five years after the IOM
 Report”, N. Engl. J. Med. 351: 2041-2043.
 Los números de páginas de referencia se indicarán
 en NOTA AL PIE, de la siguiente manera:
 Altman, Clancy y Blendon (2004: 2042).

GRÁFICOS Y FOTOS

- Enviar por separado y con buena resolución de imagen

INSTRUCCIONES PARA LA PRESENTACIÓN DE TRABAJOS CIENTÍFICOS PROFESIONALES, DOCENTES, INVESTIGADORES Y ALUMNOS

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS TRABAJOS:

Los trabajos podrán presentarse como Trabajo de Investigación al cumplir con el siguiente formato:

1. Introducción
2. Formulación del Problema
3. Objetivo General
4. Objetivos Específicos
5. Hipótesis
6. Metodología
7. Población y Muestra
8. Resultados
9. Gráficos (o Tablas)
10. Conclusión
11. Bibliografía consultada

- Se aceptarán trabajos previamente publicados o presentados en otros eventos científicos.
- La participación podrá ser a título individual o colectivo. No hay límite en el número de participantes por trabajo.
- La presentación del trabajo implica la aceptación de esta normativa.
- Se puede realizar un resumen del contenido del trabajo
- El trabajo puede tener un mínimo de 500 palabras y un máximo de 900 palabras.
- Pueden utilizarse abreviaturas comunes. En caso de abreviaturas especiales o poco conocidas, especifique su significado entre paréntesis la primera vez que aparezca en el texto.
- Debe contener el o los autores junto a su Correo electrónico de contacto.
- Se sugiere que se encuentre escrito en letra Arial tamaño 11, con espacio entre caracteres normal, interlineado sencillo. Márgenes justificados.
- Debe incluir citas bibliográficas.
- Se recomienda revisar cuidadosamente la ortografía y sintaxis, previo al envío.

Una experiencia de formación para fortalecer las competencias de liderazgo en la gestión de Enfermería

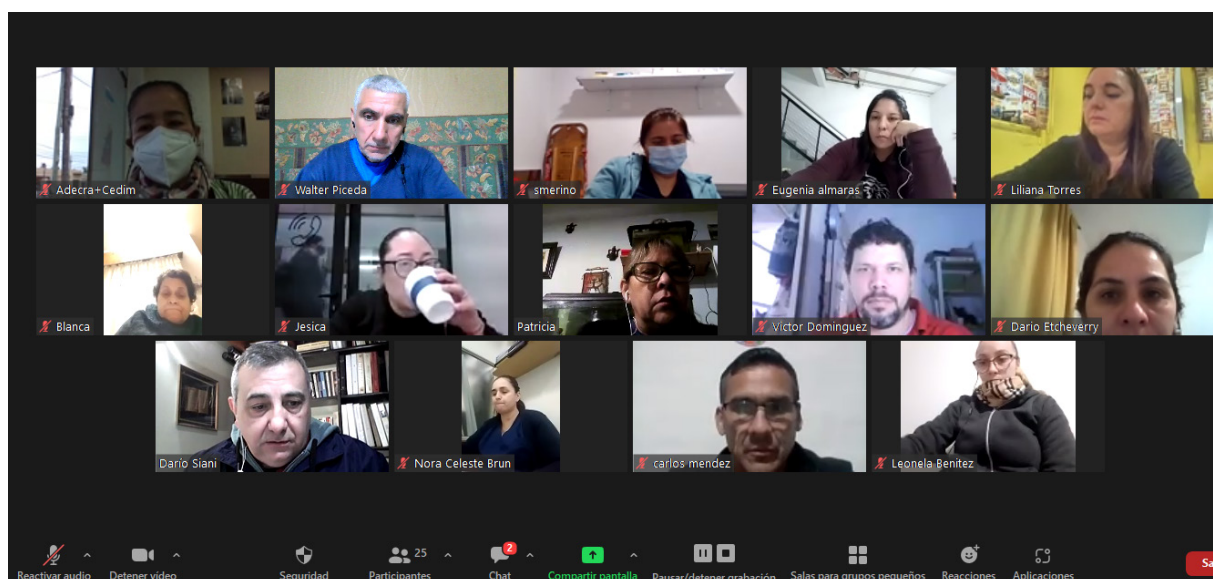
Este año, la Comisión de Enfermeros de Gestión de ADE-CRA+CEDIM, a través del Lic. Walter Picada y junto al Dr. Dario Siani, puso a disposición de todo el personal de Enfermería una nueva actividad de capacitación destinada a la formación de líderes en gestión de Enfermería. Se trata del *“Programa de Formación en Liderazgo y Gestión de Enfermería con Base en Coaching Organizacional”*, que se dictó de abril a noviembre con dos encuentros mensuales en el horario de 8.30 a 11.30 hs.

La primera promoción de estudiantes de este curso tuvo la posibilidad de obtener dos tipos de certificados a su elección: uno que acredita sólo la participación y otro que acredita que el alumno participó y aprobó mediante una evaluación final. Cabe destacar que el

programa fue dirigido y dictado por expertos en la materia y contó además con el nutrido y variado aporte de enfermeros de distintos rincones del país.

Esta actividad de formación, sólidamente diseñada y especialmente concebida para el personal de Enfermería, invita a quienes participan de la misma a una revisión crítica del ejercicio del liderazgo en las organizaciones de salud y a construir herramientas para una moderna gestión de Enfermería.

Dado el éxito que tuvimos con este programa de formación habrá una nueva edición en 2023. Cabe recordar que la participación está abierta a enfermeros que tengan personal a cargo, como así también a quienes se están formando para ser personal de conducción.



Cuidados de Enfermería al paciente sometido a cateterismo cardíaco y angioplastia coronaria

Romina Farfán

DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
CLÍNICA ADVENTISTA BELGRANO

La cateterización cardíaca es un procedimiento que consiste en la exploración del corazón a través de un catéter que es introducido por la arteria radial o femoral, para el diagnóstico de patologías en arterias coronarias, en la cavidad del corazón, válvulas o el músculo cardíaco. Este proceso se realiza introduciendo una solución de contraste, que, con rayos x, permite que se puedan comprobar las cavidades cardíacas y las arterias.

Si se comprueba que existe una obstrucción o estrechamiento de las arterias coronarias, se realiza una angioplastia coronaria, es decir, se introduce un balón que se infla para abrirlas y se coloca un stent o malla elástica tubular para que no se vuelvan a cerrar, mejorando así el flujo sanguíneo. Para ello se debe sustituir, durante la intervención, el catéter de diagnóstico por uno con stent.

Además de proporcionar apoyo psicológico al paciente y sus familiares, y de prestarles la información que precisen durante todo el proceso, la enfermera juega un papel decisivo en la detección precoz de posibles complicaciones, en su mayoría relacionadas al lugar de punción. Las tasas de complicaciones vasculares periféricas tras la realización de un cateterismo cardíaco son muy variables en función de la vía de abordaje, del tipo de intervencionismo o de los sistemas de hemostasia utilizados. Actualmente se utiliza la vía radial como vía de acceso preferente por su facilidad

para la hemostasia, ya que permite la retirada precoz del introductor independientemente de la anticoagulación y la terapia antitrombótica y además resulta más cómoda para el paciente, pues le permite la movilización precoz.

Objetivos

- Facilitar la adaptación del paciente y de la familia a la situación
- Cooperar en el diagnóstico y tratamiento del problema de salud
- Prevenir y detectar precozmente las complicaciones

Cuidados de enfermería pre-cateterismo

Al ingreso de un paciente que va a ser sometido a un cateterismo programado, se debe proceder de la siguiente manera:

- Conocer el nivel de conocimientos previos que tiene el paciente relacionado con el cateterismo, y poder evaluar tanto su ansiedad como la de su familia.
- Explicarle al paciente y su familia los pasos previos que se van a seguir desde el momento en que se le informa hasta el momento en que entre a la sala de hemodinamia, procurando dar respuesta a las preguntas del mismo y a sus inquietudes.

- Comprobar que se han llevado a cabo todos los estudios complementarios prescritos.
- Comprobar si se modificaron en tiempo y forma las pautas de anti-coagulación/antiagregación prescritas. Como norma general, la anticoagulación oral se suspende 48 horas antes del procedimiento, y en el caso de pacientes portadores de prótesis cardíacas, se sustituye por heparina.
- Si el paciente se encuentra con perfusión de heparina sódica, se suspende según prescripción médica antes del cateterismo. Si la heparina que recibe es de bajo peso molecular, no se administra el día del procedimiento.
- Controlar y registrar peso y talla.
- Higiene antiséptica prequirúrgica.
- Debido a que preferentemente el acceso del procedimiento es radial, se recomienda consultar previamente de qué lado colocar la pulsera identificativa.
- Retirar maquillaje, esmalte de uñas, joyas, prótesis dental. Entregar a la familia.
- Permitir el uso de audífonos/o anteojos durante el procedimiento, ya que su ausencia puede contribuir a desorientar y aumentar la ansiedad del paciente.
- Colocar acceso venoso periférico en miembro superior opuesto al que se realizara el procedimiento.
- Ayunas de alimentos sólidos de al menos ocho horas. Restricción de líquidos tres horas previas al procedimiento.

Cuidados de enfermería post-cateterismo

- Al ingreso a unidad coronaria, realizar valoración completa para detectar precozmente las posibles complicaciones post operatorias.
- Vigilar Sistema Cardiocirculatorio - prever reacciones vasovagales, arritmias, y otras complicaciones hemodinámicas:
 - Vigilar nivel de conciencia.
 - Conectar a monitoreo multiparamétrico permanente.
 - Realizar electrocardiograma al ingreso y ante eventos, según necesidad.
 - Vigilar color y temperatura de la piel (principalmente del miembro donde se realizó la punción).
- Control hemostático de la zona de punción radial:
 - Vigilar signos y síntomas de sangrado cada 15 minutos durante la primera hora, y después cada dos horas.

- Control de pulsos.
- Control de color y temperatura del miembro abordado para detectar isquemia arterial.
- Restricción prescrita de movimiento de la articulación de la muñeca (no apoyar, no giros bruscos) recomendando movimientos de los dedos sin llegar a cerrar la mano.
- Control de la zona de punción femoral con permanencia de introductor:
 - Verificar la existencia de pulsos distales pedio y post-tibial, marcando la localización de los mismos.
 - Vigilar signos y síntomas de sangrado y/o isquemia arterial.
 - Restricción prescrita de movimiento. Reposo absoluto en cama a cero grados hasta la retirada del introductor arterial.
- Control de la zona de punción femoral tras la retirada del introductor:
 - Control de la zona de punción.
 - Restricción prescrita de movimiento. Reposo absoluto en cama a 30° máximo en posición de decúbito supino durante ocho horas si la hemostasia fue realizada con compresión manual y apósito compresivo, y durante cuatro horas si la hemostasia fue realizada con dispositivo de cierre mecánico/neumático.
- Valoración del dolor:
 - Valorar nivel de dolor mediante escala.
 - Tratar el dolor según su etiología.
 - Explicar los métodos de alivio del dolor como la distracción, la relajación progresiva, y la respiración profunda.
- Disminuir la ansiedad producida por ambiente desconocido, procedimiento realizado:
 - Valorar conocimiento del paciente acerca del procedimiento y su estado emocional.
 - Presentarse a uno mismo y a otros miembros del equipo.
 - Corregir cualquier información o creencia errónea.
 - Proporcionar seguridad y bienestar, brindar información sobre los cuidados a brindarle.
 - Administrar ansiolítico en caso necesario, según prescripción.
- Vigilar Sistema Inmunitario, detectando alergias a contraste yodado y fármaco:

- Valorar aparición de manchas en la piel, prurito, dificultad para deglutir.
- Vigilar signos y síntomas de infección derivados del procedimiento invasivo.
- Valorar riesgo de desequilibrio hidroelectrolítico y restaurar ingesta:
 - Iniciar tolerancia a líquidos y suministro progresivo de la dieta prescrita.
 - Ingesta de abundantes líquidos para facilitar la eliminación del contraste.
 - Realizar balance hídrico.
- Realizar registros de enfermería en forma cronológica de los cuidados brindados.
- Realizar educación para la salud:
 - Proporcionar información oral y escrita acerca de los cuidados a seguir, para evitar complicaciones post-cateterismo y las derivadas de hábitos no saludables.
- Evitar la aparición de lesiones cutáneas relacionadas con el vendaje:
 - Antes de poner el vendaje compresivo, intentar rasurar el vello de la zona donde se va a colocar, para mejorar su adherencia, y facilitar su retirada.
- Valorar la presencia de hematomas:
 - Delimitar y marcar.
 - Valorar su evolución con frecuencia.
- Ofrecer apoyo a la familia:
 - Escuchar inquietudes, sentimientos y preguntas.
 - Aclarar dudas sobre el procedimiento.

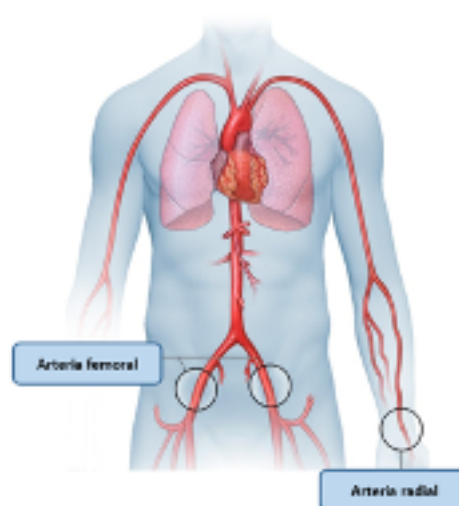


Imagen: Sitios de punción para cateterismo coronario.
Fuente: Mayo Foundation for medical education and research. 2016.

Conclusión

El cateterismo cardíaco es una técnica cada vez más frecuente debido a que es una herramienta fundamental en el diagnóstico y tratamiento de muchas cardiopatías. Como toda técnica invasiva puede dar lugar a diversas complicaciones y además generar miedos e incertidumbres en el paciente que va a someterse a ella. Por todo ello el papel de la enfermera en este proceso es de vital importancia para asegurar cuidados de calidad, humanizados, y personalizados para detectar así la aparición de complicaciones inmediatas y evitar potenciales problemas derivadas del proceso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Argibay Pytlik, V; Gómez Fernández, M; Jiménez Pérez, R; Santos Vélez, S; Serrano Poyato, C. (eds.). (2007). Manual de Enfermería en Cardiología Intervencionista y Hemodinámica. Protocolos unificados, s.l. Asociación Española de Enfermería en Cardiología: Vigo.

Galimany Masclans, J., Díaz Rodríguez, S., Pernas Canadell, J.C. (2010) "Cuidados de enfermería al paciente sometido a cateterismo cardíaco y angioplastia coronaria". *Enfermería en Cardiología*. 49:70-73.

López Zarrabeitia, I. (2016) "Caso clínico: Plan de cuidados enfermeros en el cateterismo cardíaco vía radial". *Enfermería en Cardiología*. 23(69):60-67.

Martín Moreiras, J y Cruz Gonzales, I. (2008) *Manual de hemodinámica e intervencionismo coronario*. Prólogo de Igor F. Palacios y Valentín Fuster. Patrocinado por Sanofi-Aventis.

Protocolos de Enfermería de la Unidad de Hemodinámica del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Revisados en 2019.

Rubio Martín, M; Benítez Martín, P. y Rubio Alcañiz, V. (2020). "Manejo de la hemostasia radial tras cateterismo cardíaco. Revisión bibliográfica". *Enfermería en Cardiología*. 27(81):38-46.

Enfermería y Cannabis: el cuidado desde un enfoque multidisciplinar

Rosana Elisabet Firpo*

La terapéutica con cannabis implica una reconfiguración de las relaciones de poder entre los individuos y los/as profesionales de la salud, habitualmente basadas en el modelo médico hegemónico. Este abordaje implica preguntarse por la subjetividad, donde se habilita la mirada integradora y holística alrededor de la persona/familia destinataria del cuidado.

Resumen

La díada salud-enfermedad mutó hacia el proceso salud-enfermedad-atención, aunque finalmente, este último término se reemplazó por el de cuidado. La terapéutica con cannabis se inscribe así en el contexto del proceso salud-enfermedad-cuidado, donde la persona/familia guía el tratamiento, reconfigurando así las relaciones de poder del campo de la salud.

Abstract

The health-disease dyad mutated towards the health-disease-care process. Finally, this last term was replaced by care. Cannabis therapeutics thus falls within the context of the health-disease-care process where the person/family guides the treatment, reconfiguring power relations in the health field.

Palabras claves

Enfermería, Cannabis, Prescripción Enfermería, Plan de cuidados

Keywords

Nursing, Cannabis, Prescription Nursing, Care plan

El concepto del proceso salud-enfermedad-cuidado: la intersección entre Filosofía, Epidemiología y Enfermería

El cuidado ha sido reivindicado desde hace años como el objeto de estudio y trabajo de la Enfermería. Por ejemplo, desde Kerouac et al. se afirma que “el interés

de la disciplina es el cuidado de la persona que, en interacción continua con su entorno, vive experiencias de salud” (1996: 62). Desde otros autores se sostiene

*Licenciada en Enfermería (Universidad de Buenos Aires). Técnica Universitaria en Comunicación Social (Unidad Académica Río Gallegos – Universidad Nacional de la Patagonia Austral). Magister en Gamificación y recursos digitales (TECH) Posgrado en Abordaje Integral de la planta de Cannabis para la salud (UNR) Docente-investigadora. Docente en el curso de posgrado Abordaje Integral de la planta de Cannabis para la salud. Co-autora de: Pensar el cuidado (2008), Adolescentes y Autocuidado (2011) -el primer libro basado en un proyecto de Extensión de la UARG-UNPA-, El arte de cuidar (2012), La cultura del cuidado del patrimonio histórico y la salud (2016) y Simulación Clínica y Aprendizaje Pleno. Un enfoque pedagógico para el acto de cuidar (2020). En Instagram: @cuidar.comunicación. En youtube: Rosana Firpo.

que “la primacía de cuidar se considera el valor central en el corazón del mandato social que los Enfermeros tienen” (Bruce, Rietzel y Lim, 2014: 69)

Sin embargo, es posible pensar una perspectiva más amplia a partir de incorporar el concepto de *bildung* entendido como “edificación”, con la característica inherente de “mantenerse abierto a lo que es el otro, a otros puntos de vista más universales” (Gadamer, 2004: 15)

En ese sentido es que desde el artículo de Michalewicz, Pierri y Ardilla-Gómez (2014) consideran al proceso salud-enfermedad-cuidado como objeto de la Medicina Social o la Salud colectiva, en tanto una crítica a la mercantilización y la biomedicalización. Los autores, además, señalan que el Campo de la Salud no se restringe a un escenario de prácticas, sino que es más bien un terreno de luchas simbólicas por fijar un sentido desde posiciones técnico-políticas. Este es el escenario que se plantea en la actualidad para la Enfermería en la terapéutica cannábica.

Cabe entonces hacer referencia a la definición de multidiscipliplina desde Jaime Breilh como la “integración de disciplinas a través del análisis interdisciplinario en un proceso científico-solidario para la construcción de un proyecto común”. Esto conlleva repensar al cuidado como objeto de estudio y trabajo de la disciplina Enfermería exclusivamente. En la actualidad, la Enfermería se encuentra en una tensión entre la necesidad de definir su área de acción –con límites muy difusos- y el imperativo de contribuir a ese proceso científico-solidario al que alude Breilh con un aporte genuino, con un sello propio (Firpo, 2021: 9)

Si bien Christophe Debout afirma que “una disciplina requiere que sus especialistas sean capaces de crear su zona de autonomía” (2008: 72), al mismo tiempo Enfermería debería ser capaz de integrar equipos multidisciplinarios, y la terapéutica cannábica es una excelente oportunidad en ese sentido.

De hecho, la terapéutica con cannabis –donde no hay una dosis preestablecida, sino que es la propia persona la que va guiando el tratamiento, siempre a partir del principio de “comenzar con poco e ir despacio”- implica una reconfiguración de las relaciones de poder entre los individuos y los/as profesionales de la salud, habitualmente basadas en el modelo médico hegemónico.

Un punto interesante a abordar desde la terapéutica con cannabis es la cuestión de la subjetividad, lo que

implica, por ejemplo, preguntarse: ¿Qué motiva la consulta? ¿Qué preparado será mejor para esta persona? ¿Qué vía de administración es la más conveniente? ¿Qué expectativas tienen respecto al cannabis la persona, la familia e incluso el profesional? Es en este marco de la subjetividad en donde se habilita la mirada integradora y holística alrededor de la persona/familia destinataria del cuidado.

Caso clínico y plan de cuidados: roles de Enfermería

En el libro “Cannabis Medicinal. La guía completa” (2021) se presentan historias de personas y familias que recurrieron al cannabis como terapia complementaria. Allí se toma el caso de Carlos como ejemplo para desarrollar el Plan de Cuidados según el Modelo de Roper, Logan y Tierney.

Carlos refiere que tomaba cuatro medicaciones que no le hacían efecto y le destrozaban el estómago. Dice que vivía en la cama y no podía dormir, que lloraba y tenía náuseas. Afirma que con el tratamiento con cannabis pudo sentarse y disfrutar de la familia y disminuir la medicación a sólo una de las cuatro que tenía. Carlos reconoce que en un principio le ocultó el tratamiento a su familia y se queja de la dificultad para el acceso al cannabis.

En un repaso somero por los componentes del Modelo de Roper, Logan y Tierney² se puede considerar:

Etapas de la vida: si bien en la bibliografía no se especifica la edad de Carlos, se podría pensar en una persona mayor de 65 años que estaría atravesando lo que se conoce como Senectud, que, a su vez, se divide en dos etapas. La primera de ella hasta los 70 años -la expectativa de vida en Argentina para los varones es de alrededor de 74 años-, es decir, que la persona es consciente de que está transitando un tramo final de

² El nivel de dependencia-independencia va a estar delimitado por la valoración de cada una de las actividades vitales, de lo cual no tenemos datos para este caso. El modelo disciplinar tiene cuatro actividades y, además de las actividades vitales, considera: actividades dirigidas a la prevención (para el caso de valorar la respuesta a la psicoactividad), actividades dirigidas a la búsqueda de confort (las personas buscan sentirse y estar mejor, por ejemplo, un alivio del dolor o de las náuseas por tratamientos de quimioterapia), actividades de investigación y búsqueda (es lo que se realiza a partir de organizaciones como las de madres/padres con hijos/as con epilepsia refractaria o las asociaciones de cultivos para mejorar las variedades de cannabis).

la vida e incluso puede tener experiencias de personas cercanas -familiares, amigos, conocidos- que hayan fallecido a una edad aproximada.

Actividades vitales: Si bien Carlos tiene varias actividades vitales alteradas -sueño, mantenimiento de un entorno seguro, movilización, trabajo y ocio, eliminación-, el eje del caso está enfocado en la Actividad Vital de la Muerte en tanto proceso. Se puede deducir que está bajo cuidados paliativos, definidos como “una metodología de acompañamiento integral que se ofrece a personas con padecimientos crónicos y a su familia” (Romero y Morante, 2021: 160). Desde el modelo disciplinar se considera a la muerte como “el gran acto final de la vida” (Roper, Logan y Tierney, 1993: 331)

Factores que inciden en las actividades vitales

- Físicos: Si bien no está especificado en la historia, se puede entrever que Carlos tiene diagnóstico de una enfermedad como cáncer, quizás en un estadio avanzado.
- Psicológicos: El proceso de muerte implica un afrontamiento de acuerdo a la personalidad, las creencias y la experiencia de vida que ha transitado la persona. La comprensión del diagnóstico va a tener consecuencias en el comportamiento, la actitud y el estado de ánimo de la persona y quienes la acompañan (Roper, Logan y Tierney, 1993)
- Socio-culturales: En este punto pueden tratarse cuestiones referentes, por ejemplo, a la donación de órganos, el entierro o la cremación. Esencialmente: ¿cómo se cuida a la persona y la familia en el transcurso del proceso? ¿Quiénes van a participar del cuidado?
- Ambientales: El lugar donde la persona va a pasar el proceso es quizás una de las decisiones más críticas y depende –además de las posibilidades que da el estado clínico-, por ejemplo, de cuestiones tanto económicas como de los deseos de la persona que transita el proceso y sus allegados (si es en un hospital, un hospicio, el propio hogar).
- Político-económicos: Fundamentalmente en lo que hace al acceso al cannabis a partir de la legislación, decisiones políticas, costo de los productos.
- Individualidad de la vida: ¿Cuál es la relación con el cannabis? En el caso que se presenta, el paciente ocultó el tratamiento en un principio a la

familia. Suele suceder que, debido fundamentalmente al prohibicionismo, las personas se sientan culpables de recurrir a una sustancia ilegal.

Una vez que se repasan los componentes del modelo disciplinar, el próximo paso es diseñar el plan de cuidados:

- Actividad vital alterada: Muerte.
- Diagnóstico de Enfermería: Afrontamiento ineficaz del proceso de muerte relacionado con dificultad en el acceso a recursos personales e intrapersonales.
- Objetivo: La persona y su familia serán capaces de contar con recursos para enfrentar el proceso de muerte.

Roles de Enfermería

- Prestador de cuidados directos: valoración del estado clínico, control de signos vitales, ocuparse de la higiene corporal (entre otros cuidados dependiendo de la valoración).
- Docente: brindar asesoramiento al paciente y la familia en relación a la terapéutica con cannabis.
- Investigación: integrar equipos multidisciplinarios que avancen en la investigación en relación al cannabis.
- Comunicador: utilizar redes sociales y medios de comunicación para difundir los beneficios de la utilización segura del cannabis y, de esta forma, desmitificar y disminuir prejuicios.
- Gestión: colaborar en la definición de metas realistas para la persona y la familia en cuanto a la disminución del dolor o actividades que pueda/quiera realizar. Trabajar con los pendientes que tenga la persona.
- Líder: participar en equipos multidisciplinarios con un aporte genuino desde la disciplina Enfermería, utilizando un modelo teórico que habilite a diferentes tipos de diagnósticos socio-sanitarios.
- Defensor de los derechos de las personas: respetar y promover el derecho a una muerte digna.
- Enlace: con otros profesionales del ámbito socio-sanitario, asociaciones de cultivo, grupos de pacientes, referentes religiosos/espirituales.
- Agente de cambio: en lo que hace a la respuesta de la persona/familia en el proceso dinámico de muerte, en general caracterizado por incertidumbre y temor.

Conclusión

Se puede apelar a la función de la Enfermería, según Roper, Logan y Tierney, para dar cuenta de la importancia de integrar la terapéutica con cannabis como terapia complementaria: “Enfermería tiene por meta ayudar a la persona a progresar hacia el polo de la independencia máxima para ella en cada una de las actividades de la vida cotidiana, ayudarla a permanecer allí (...) en ciertos casos ayudarlo a aceptar la dependencia y al final, ya que el ser humano es mortal, ayudarlo a morir con dignidad.” (Poletti, 1980:83)

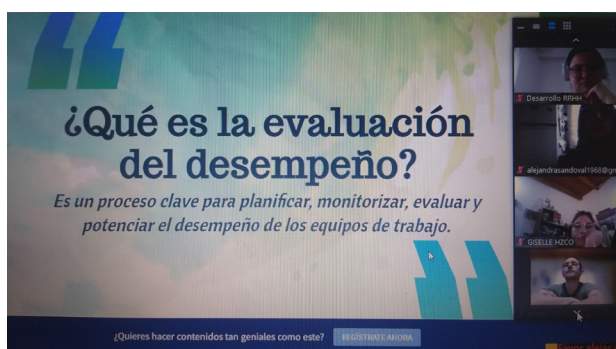
Existe evidencia de que el cannabis contribuye a llevar alivio ante una experiencia de salud, a correr los márgenes de la dependencia hacia la independencia, incluso a aceptar mejor un tratamiento o dolencia.

Por lo expuesto, vale la pena, tal como lo plantea Gadamer desde el concepto de *bildung*, “sacrificar la particularidad por el bien de lo universal” (2004: 11). La terapéutica con cannabis exhorta a una integración desde la multidisciplina. Desde la bibliografía se reconoce la necesidad de capacitación para Enfermería para garantizar un consumo seguro del cannabis (Balneaves, 2018 y 2019).

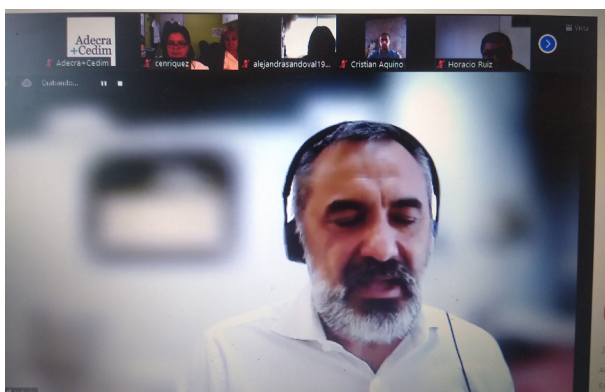
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Balneaves, L. (2019) “Guarding their practice: a descriptive study of Canadian nursing policies and education related to medical cannabis”, *BMC Nursing*, 18 (1): 1-10 <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-019-0390-7>
- Balneaves, L. Alraja, A. Ziemianski, D. McCuaig, F. y Ware, M. (2018) “A national needs Assessment of Canadian Nurse Practitioners regarding Cannabis for therapeutic Purposes”, *Cannabis and Cannabis Research* 3 (1): 66-73 disponible en www.ncbi.nlm.nih.gov
- Breilh, J. (2009) *Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Lugar Editorial: Argentina
- Bruce, A. Rietze, L. y Lim, A. (2014) “Understanding Philosophy in a Nurse's World: What, Where and Why?”, *Nursing and Health* 2 (3): 65-71. Disponible en <http://www.hrpub.org>
- Debout, C. (2008) “Sciences des soins infirmiers: réflexions épistémologiques sur le projet d'une discipline”, *Recherche en soins infirmiers*. N 93: 72-82. DOI 10.3917/rsi.093.0072 disponible en www.cairn.info
- Fernández Ruiz, ML. (2016) Prescripción Enfermería. Documento de Trabajo 194/2016. Consejo General de Enfermería. Disponible en www.consejogeneralenenfermeria.org
- Firpo, R. (2021) “Epistemología en Enfermería. Una revisión del acto de cuidar desde Michel Foucault, el modelo de Roper, Logan y Tierney y el concepto de *bildung* de Gadamer”, *Hermeneutic on line*, N 19: 42-55. Disponible en <http://publicaciones.unpa.edu.ar>
- Gadamer, H. (2004) *Truth and method*. Continuum London: Londres
- Kerouac, S. et al (1996) *El pensamiento enfermero*. Masson: España
- Michalewicz, A. Pierri, C. y Ardilla Gómez, S. (2014) “Del proceso salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización”, *Anuario de Investigaciones*, Universidad de Buenos Aires, vol XXI; 217-224 disponible en www.redalyc.org
- Poletti, R. (1980) “El modelo de Enfermería de Nancy Roper”, *Cuidados de Enfermería. Tendencias y Conceptos actuales*. Barcelona, Ediciones ROL, Cap 6
- Romero, C. y Morante, M. (2021) *Cannabis Medicinal. La guía completa*. Gráfica MPA: Argentina
- Roper, N. Logan, W. y Tierney, A. (1993) *Modelo de Enfermería*. 3ra edición. Interamericana – McGraw – Hill: México

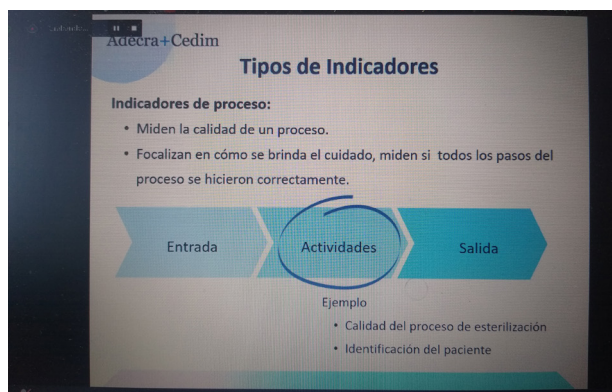
Concluyeron los cursos de posgrado de ADECRA

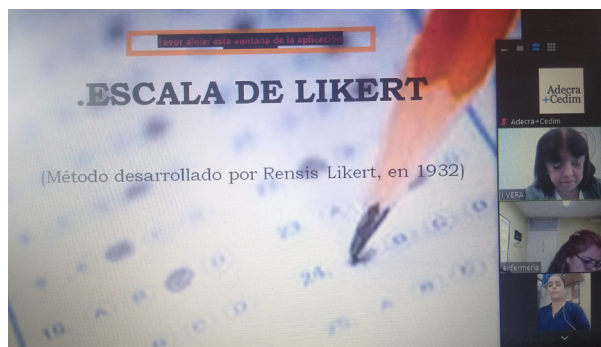
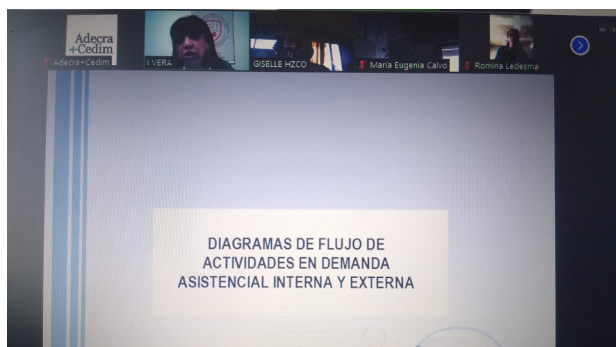


En la primera semana de diciembre finalizaron los cursos de posgrado “Gestión en Jefaturas en Áreas de Enfermería” y “Estadística aplicada a la Enfermería”, que se desarrollaron de manera virtual durante el año 2022 gracias a la Comisión de Enfermeros en Gestión de ADECRA.

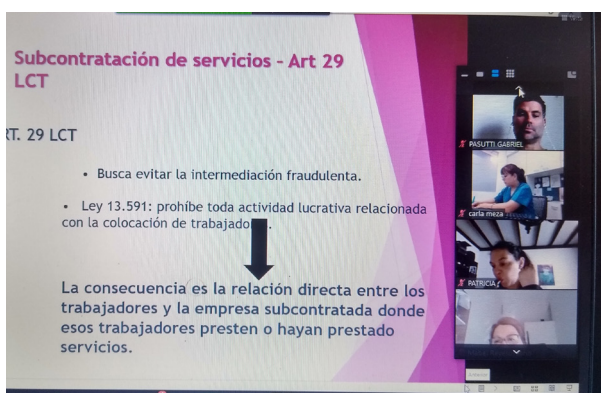


Cabe destacar que el Posgrado de Estadística Aplicada a la Enfermería fue declarado de Interés Académico por la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Buenos Aires. Se trata de una capacitación que brinda herramientas estratégicas e innovadoras de aplicación a la gestión de la profesión.





En tanto, el posgrado de Gestión de Jefaturas para Áreas de Enfermería fue declarado de Interés Académico por la Facultad de Ciencias Médicas de la mencionada alta casa de estudios porteña. Esta capacitación pretende el desarrollo de competencias y habilidades que les permita a los profesionales de la Enfermería enfrentar los inconvenientes del quehacer profesional y las problemáticas que derivan en el bien del paciente.



Las capacitaciones buscan no sólo formar al personal de Enfermería, sino que también aportan gran valor a las organizaciones sanitarias, que a través de su personal calificado se posicionan de manera más competitiva en el mercado.

Dra. En Enfermería Isabel Vera
Directora

Para ir agendando!

CAPACITACIONES 2023

CURSO DE POSGRADO GESTIÓN DE JEFATURAS EN ÁREAS DE ENFERMERÍA

DIRECTORA:

Profesora Lic. Isabel Vera - Doctora en Enfermería

DÍAS DE CURSADA:

Jueves de 8.30 a 12.30 hs - De marzo a diciembre
Una vez por mes.

DIRIGIDO A:

Licenciados en Enfermería, que estén ejerciendo el cargo de Jefatura y quienes aspiren a ejercerlo.

CURSO DE ESTADÍSTICA APLICADA A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

DIRECTORA:

Profesora Lic. Isabel Vera - Doctora en Enfermería

DÍAS DE CURSADA:

Martes de 8.30 a 10.30 hs - De marzo a diciembre
Cada 15 días.

DIRIGIDO A:

Licenciados en Enfermería, interesados en aprender y saber manejar los métodos estadísticos que se utilizan en las ciencias de la salud.

PROGRAMA DE FORMACIÓN EN LIDERAZGO Y GESTIÓN DE ENFERMERÍA CON BASE EN COACHING ORGANIZACIONAL

DIRECTORES:

Dr. en Psicología Social *Darío Oscar Siani*
Prof. Lic. en Enfermería *Walter Oscar Piceda*

DÍAS DE CURSADA:

Miércoles por medio de 8.30 a 11.30 hs
De marzo a noviembre

DIRIGIDO A:

Personal de Enfermería.

INFORMES E INSCRIPCIÓN
alejandrafuente@adecra.org.ar

Las plataformas virtuales como herramienta pedagógica en contexto de pandemia

Mirta Esther Paz*

Carla Chejolan**

Javier Heredia***

Mariela Revainera****

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SANTIAGO DEL ESTERO

La situación de pandemia y los protocolos establecidos durante el aislamiento generaron dificultades pero también fueron la ocasión para impulsar propuestas pedagógicas innovadoras, creativas, factibles, con el objetivo de dar continuidad al dictado de clases sin perder la esencia, los fundamentos y los objetivos que persiguen la enseñanza y el aprendizaje de las y los estudiantes.

Introducción

La pandemia declarada en marzo de 2020 cambió el mundo. Todo aquello referente a lo que pensábamos y nuestra forma de actuar fue modificado en un período de tiempo muy corto. Afectó la educación, los procesos pedagógicos, a nosotros, los y las docentes; como profesionales, como docentes y como seres humanos, todos nos hemos visto afectados: en nuestra persona, en nuestras prácticas y, por lo tanto, en nuestra labor cotidiana.

Sin previo aviso, nos dejó sin el espacio del aula, nos quitó nuestras herramientas de enseñanza, modificó los horarios, los tiempos y las prácticas a las cuales estábamos acostumbrados. La crisis sanitaria puso a los docentes frente a una computadora y nos obligó –sin preparación previa para muchas y muchos de nosotros– a planificar, organizar y dar clases en la virtualidad, una modalidad que muy pocos o en muy

* Docente de la Licenciatura en Enfermería en la FHCSyS – Facultad de Humanidades Ciencias Sociales y de Salud, UNSE.

** Docente de la Licenciatura en Enfermería en la FHCSyS – Facultad de Humanidades Ciencias Sociales y de Salud, UNSE.

*** Docente de la Licenciatura en Enfermería en la FHCSyS – Facultad de Humanidades Ciencias Sociales y de Salud, UNSE.

**** Docente de la Licenciatura en Enfermería en la FHCSyS – Facultad de Humanidades Ciencias Sociales y de Salud, UNSE.

limitada medida conocíamos. Semejante reto nos colocaba en el campo de acción: al igual que el personal sanitario, a las y los docentes nos tocaba posicionarnos en primer plano y sin las herramientas suficientes para dar respuesta al reto.

Visto desde otra perspectiva, este nuevo escenario nos desafió a pensar y a repensar nuestro lugar dentro del sistema educativo, buscando ensayar nuevos caminos por donde transitar, para lograr mejores procesos de enseñanza y aprendizaje.

Se considera que el ejercicio reflexivo sobre la propia práctica de enseñanza, a la luz del conocimiento pedagógico, contribuye a que los docentes en formación revisen críticamente su trabajo, puedan explicar sus propias acciones y reorientar sus prácticas pedagógicas (Castellanos Galindo y Yaya Escobar, 2013).

Es por ello que el equipo docente de la asignatura Práctica Integrada II de la Licenciatura en Enfermería (UNSE) decidió realizar un análisis reflexivo de todas las instancias vividas en el dictado de la materia durante el período de aislamiento social y obligatorio (ASPO). El presente artículo, publicado a dos años de iniciar la pandemia, recoge los aportes más significativos de esa experiencia.

Enseñar y evaluar en pandemia

Las circunstancias no previstas generan escenarios valiosos para el aprendizaje, ponen de manifiesto que la reflexión en acción y la reflexión sobre la acción son necesarias para tomar y poner en marcha intervenciones apropiadas. La primera se llevó a cabo con la búsqueda de bibliografía, revisión de programas, consensos y discusiones entre docentes a la luz de los conocimientos pedagógicos puesto que, como afirma Anijovich (2009), la reflexión es un proceso consciente que se puede realizar de manera individual o grupal, a partir de diferentes estrategias: la capacidad de observación; el desarrollo de técnicas de observación y análisis.

A los docentes a cargo del espacio curricular Práctica Integrada II (la última asignatura de la Licenciatura en Enfermería, con actividades en terreno) esto nos llevó a repensar estrategias de trabajo para que el dictado se pudiese efectivizar y que permitiese a los estudiantes culminar la carrera en el tiempo estipulado. Para ello se trabajó en la planificación, la adecuación de los

objetivos y en establecer las competencias ineludibles de esta asignatura; sobre esa base, se elaboró una propuesta que fue presentada a las autoridades de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales y de la Salud (en la cual se dicta la carrera).

En la carrera de Licenciatura en Enfermería, el 46% de las materias tienen la exigencia de actividades prácticas en terreno supervisadas. A nivel general, la Universidad y la Facultad a la que pertenecemos presentaron las propuestas para continuar con las actividades de las asignaturas a través de aulas virtuales, pero no se contemplaron las asignaturas con Prácticas en Terreno, por lo que fue necesario plantearlas en forma particular para permitir el cursado de la asignatura Práctica Integrada II, que pertenece al segundo ciclo del 5to año de la carrera. Una vez culminado el cursado y aprobado la instancia, se está en condiciones de defender el proyecto de tesis y lograr el título de grado. Por plan de estudios, el cursado del espacio curricular tiene una carga horaria total de cien horas, distribuidas en veinte horas semanales con cuatro encuentros por semana de cinco horas diarias cada uno, durante cinco semanas. La práctica en terreno se desarrolla en unidades de Enfermería de hospitales públicos del medio o en centros de atención comunitaria. El estudiante que llega a esta instancia ya cuenta con el título de Enfermero/a y, en general, desempeña sus funciones laborales en instituciones de salud del sector público.

Atendiendo a ello, al diseñar la propuesta se fundamentó la necesidad de establecer estrategias que permitieran a los estudiantes completar sus estudios. Se propuso hacerlo utilizando como herramienta principal las plataformas virtuales. Asimismo, se incluyó la posibilidad de que realicen sus prácticas en terreno, en sus ámbitos de desempeño laboral. Esto aportaba factibilidad, ya que todos los estudiantes de ese año se encontraban cumpliendo funciones asistenciales en centros de salud hospitalarios del sector público. Por último, se pensó en actividades que promuevan el aprendizaje experiencial, basado en el “Ciclo de Kolb”, quien refiere que para que haya un aprendizaje efectivo deberíamos –idealmente– atravesar un proceso que incluye cuatro etapas. Kolb esquematiza este proceso por medio de un modelo en forma de rueda llamado “Ciclo del aprendizaje” (también conocido como

“Ciclo de Kolb”; véase: Kolb, 2001). Básicamente, las cuatro etapas del ciclo serían:

1. Hacemos algo, tenemos una experiencia concreta.
2. Luego reflexionamos sobre aquello que hicimos, sobre la experiencia, estableciendo una conexión entre lo que hicimos y los resultados obtenidos (etapa de observación reflexiva).
3. A través de nuestras reflexiones obtenemos conclusiones o generalizaciones, que son principios generales referidos a un conjunto de circunstancias más amplias que la experiencia particular (etapa de conceptualización abstracta).
4. Por último, probamos en la práctica las conclusiones obtenidas, utilizándolas como guía para orientar nuestra acción en situaciones futuras (etapa de experimentación activa).

Estas actividades propuestas serían seguidas y guiadas por los docentes tutores a través de la virtualidad, con actividades sincrónicas y asincrónicas, con presentación de programación por semana, con objetivos y actividades a desarrollar; sin omitir en ninguna instancia las competencias y objetivos establecidos en el plan de estudios.

Según Kolb

“cada una de las etapas tiene su propio valor, ya que cuando estamos en cada una de ellas generamos una forma particular de conocimiento. Hacer, observar y reflexionar, desarrollar conceptos y generalizaciones, y experimentar activamente con nuestras ideas, son diferentes modos de generar conocimiento, por lo que para lograr un aprendizaje efectivo deberíamos idealmente pasar por las cuatro etapas del ciclo” (Kolb, 2001).

En este sentido, se propuso que los estudiantes aplicaran la herramienta básica del quehacer enfermero, el PAE, que les permitiría, en primera instancia, la obtención de una experiencia concreta, para la posterior

reflexión, contribuyendo al desarrollo del ser, el saber y el saber hacer; atravesados por la utilización de un pensamiento crítico, las herramientas de la comunicación y la ética.

Finalmente, fue imprescindible reflexionar, analizar y elaborar instrumentos de evaluación que aseguren el logro de los objetivos de la asignatura, así como el desarrollo de competencias que serán evaluadas, sin dejar de poner la mirada en las capacidades y habilidades del docente para conseguir un proceso de aprendizaje eficaz en el estudiante. Vale la pena considerar que la práctica profesional docente debe ser deconstruida y reconstruida (Perreneud, 2008); para ello resulta necesario enfrentarse a la complejidad de las situaciones problemáticas de la práctica con el propósito de abonar en su comprensión, formular hipótesis y avanzar en planes de acción que puedan ponerse a prueba (Castellanos Galindo & Yaya Escobar, 2013). Durante la pandemia, el contexto para el aprendizaje fue modificado y con esto se presentaron circunstancias no previstas para el ejercicio profesional que fueron, sin embargo, valiosas para el aprendizaje.

Se implementó lo que Schon denomina “saber tácito”, un tipo de conocimiento que se origina de la experiencia y está integrado a la acción (Schon, 1992). Para la propuesta se elaboró un cuadro donde se detallaba:

–Lo que se espera que logren los estudiantes (competencias/resultados, conocimientos/ el saber, habilidades/ saber hacer).

–Los criterios de verificación y evaluación de cada instancia.

Las competencias o resultados tienen base en la descripción del perfil del licenciado en Enfermería y se centraron en tres áreas específicas: aplicación del PAE, gestión y educación.

Las rúbricas, un valioso instrumento de evaluación

Un desafío importante fue decidir el instrumento de evaluación a implementar, teniendo en cuenta que la misma sería bajo modalidad virtual, en un contexto de enseñanza y aprendizaje nuevo. Se trabajó en equipo a fin de unificar y objetivar criterios precisos, se ana-

lizaron diversas propuestas estratégicas, respaldadas por los referentes teóricos, y se acordó como herramienta la elaboración de rúbricas que contemplen las principales variables a considerar y que constituyan una guía para el análisis del proceso.

Las rúbricas constituyen una fortaleza para estudiantes, dado que les permiten tener un marco de referencia claro para la realización de los trabajos solicitados y una herramienta para autoevaluarse y mejorar en forma progresiva. Al respecto, Alsina establece que las rúbricas constituyen

“una guía u hoja de ruta de las tareas, y muestra las expectativas que el profesorado tienen y comparten sobre una actividad o varias actividades, organizadas en diferentes niveles de cumplimiento, desde el menos aceptable hasta la resolución ejemplar, desde lo considerado como insuficientes hasta lo excelente” (Alsina Masmitjà, 2013).

En el contexto de las prácticas integradas, que se desarrollaron con seguimiento mediante modalidad virtual, consideramos aún más importante el disponer de un instrumento que oriente al estudiante sobre los logros esperados en cada área durante todo el proceso. Al respecto, el mencionado autor refiere que las rúbricas muestran expectativas a alcanzar en diferentes actividades con relación a los distintos grados de consecución. Esto facilita que el estudiante sea consciente de hasta dónde llegan sus aprendizajes y cuál es el máximo nivel deseable.

En cuanto a las posibilidades para evaluar de las rúbricas, Moskal et al. (2003) insisten en que estas permiten la orientación y evaluación en la práctica educativa; destacan en particular su valor en la autoevaluación de los aprendizajes, ya que guía a los estudiantes, fomenta el aprendizaje cooperativo y constituye una herramienta ágil, útil y coherente que impulsa el aprendizaje.

Por su parte, Stevens y Levi (2005) afirman que el empleo de rúbricas no sólo favorece una evaluación más sistematizada por parte del docente, sino que son una herramienta de extraordinario valor para el desarrollo de competencias de monitorización, autoevaluación y evaluación entre pares, contribuyendo a un mayor

entendimiento del propio proceso de aprendizaje y, en definitiva, a una mayor autonomía y autorregulación del estudiante.

Por su parte, Díaz Barriga (2006) establece que las rúbricas pueden ser globales o analíticas. Las primeras hacen una valoración general del desempeño del estudiante, pero sin determinar los componentes del proceso evaluado. Las rúbricas analíticas se utilizan para evaluar las partes del desempeño desglosando sus componentes; esto permite que los estudiantes conozcan los aspectos a evaluar, facilitando la retroalimentación de los mismos desde la identificación de fortalezas y debilidades.

Asimismo, Malini y Andrade (2010) destacan como ventajas de las rúbricas:

- la identificación clara de los objetivos docentes
- los criterios a medir para documentar el desempeño del estudiante
- la cuantificación de los niveles de logro a alcanzar
- la reducción de la subjetividad en la evaluación
- el fomento de la autoevaluación y coevaluación

En el mismo sentido, Shipman, Roa y Hooten (2012) proponen que las matrices definen con detalle los criterios para evaluar la calidad de los desempeños, por lo cual deben basarse en tres características clave:

- los criterios de evaluación (factores que determinan la calidad del trabajo del estudiante)
- la definición de calidad (provee una explicación detallada de lo que el estudiante debe realizar)
- las estrategias de puntuación, considerando cuatro niveles: desempeño ejemplar, desempeño maduro, desempeño en desarrollo y desarrollo incipiente

Finalmente, tal como señala Alsina Masmitjà (2013), el proceso de elaboración de la rúbrica obliga a una reflexión profunda acerca de cómo se quiere enseñar

y cómo se va a evaluar. Es por eso que constituye un potente motor de cambio metodológico.

Implementación

Tomando como base estas consideraciones, para la elaboración de las rúbricas se partió de las competencias que se espera que el estudiante alcance en el desarrollo de la asignatura y se establecieron criterios específicos vinculados al “saber”, “saber ser” y “saber hacer”. En el proceso de elaboración de las rúbricas a aplicar se tuvieron en cuenta tres ejes: Área de Gestión, Área de Educación, Área de aplicación del PAE, las cuales constituyen áreas de competencias que en el marco de la asignatura se espera que los estudiantes logren a través de la integración de los saberes adquiridos en su proceso de formación. Para cada una de las áreas se establecieron y acordaron con el equipo docente los criterios específicos de la rúbrica analítica, configurando la misma en 4 logros factibles de alcanzar por los estudiantes:

- **Logro Destacado:** Considerado como el logro más elevado, en el cual el estudiante demuestra dominio en el área, utilizando todas las herramientas de forma oportuna y demostrando nivel de eficiencia para el alcance de los objetivos.
- **Logro Esperado:** El estudiante muestra de forma satisfactoria la utilización de estrategias para el alcance de los objetivos propuestos, pero omite algunos de relevancia.
- **Logro en Proceso:** El estudiante utiliza con precisión sólo algunas herramientas para la consecución de los objetivos.
- **Logro en Inicio:** El estudiante presenta escaso dominio de las estrategias a implementar para el alcance de los objetivos propuestos.

En cuanto a las variables utilizadas en las rúbricas por áreas:

- **Área de Gestión:** se consideró como competencia a alcanzar “La capacidad de dirigir personal, trabajar en equipo y gestionar recursos...”, para ello

en la rúbrica de esta área se tomaron como variables: diagnóstico de situación del lugar, propuesta de resolución, gestión de pedidos e insumos, evaluación en el cuidado del paciente y evaluación del funcionamiento de la unidad.

- **Área de Educación:** se tomaron como referencia las variables de desempeño en las diferentes etapas: Etapa de valoración de la necesidad educativa, etapa de planificación de proyecto educativo, etapa de ejecución y etapa de evaluación.
- **Área de Aplicación del PAE:** en esta área se tomaron las variables orientadas a la aplicación del Proceso de Atención Enfermería en los pacientes y su familia en el ámbito hospitalario, considerando: Informe de admisión, Etapa de valoración, Etapa diagnóstica, Etapa de Planificación, y Etapa de Ejecución y Evaluación.

Las rúbricas fueron presentadas a los estudiantes al inicio de la asignatura y puestas a disposición en la plataforma virtual, al igual que el programa y cronograma de actividades, consignas semanales y foros, a fin de que conozcan los criterios que se tendrán en cuenta para el proceso de evaluación.

Al momento de evaluar los trabajos presentados, esto nos permitió a los docentes tener criterios específicos de valoración, como así también identificar con claridad y mayor exactitud las fortalezas y debilidades en el proceso, de tal forma de trabajar conjuntamente con los estudiantes para mejorar los aspectos omitidos y contribuir a un mejor logro en las instancias posteriores.

De este modo, se logró con éxito desarrollar y culminar el dictado de la asignatura Práctica Integrada II. Al final de la cursada se realizó una evaluación de la trayectoria en forma conjunta de docentes y estudiantes. “El uso de la rúbrica facilita un *feedback* casi inmediato, puesto que permite acortar sustancialmente el tiempo de retorno al ofrecer unos resultados cuantitativos y cualitativos basados en estándares conocidos previamente al desarrollo de la tarea” (Alsina Masmitjà, 2013).

Se implementaron estrategias de evaluación para conocer la opinión de los estudiantes acerca de sus procesos de aprendizaje autoformativo. Una de ellas fue el cuaderno de campo, que permitió registrar todo lo relevante para el estudiante, con la finalidad de que

redacten sus experiencias (puesto que el docente no estaría acompañando su práctica en terreno). Registrar por escrito lo realizado en el día a día les permitió reflexionar acerca de las competencias que van incorporando y aquellas que requieren aprehensión y refuerzo como futuros profesionales de la salud. Anijovich identifica esta acción de reflexionar como “explorar sus experiencias para obtener nuevas comprensiones y apreciaciones” (Anijovich, 2009).

Los estudiantes manifestaron que en el contexto de la virtualidad, donde no se encuentra el docente para orientar el logro de las competencias, las rúbricas constituyeron una fortaleza, destacando que les permitió tener un marco de referencia para la realización de los trabajos solicitados, así como una herramienta para autoevaluarse y mejorar progresivamente, realizando un seguimiento y evaluación, favoreciendo así la responsabilidad sobre los aprendizajes.

Por otro lado, se implementaron foros de discusión y debate en la plataforma de manera que los estudiantes puedan compartir experiencias, dudas, temores y aprendizajes con sus compañeros y docentes. Marta de Souto destaca que la importancia de estos espacios se fundamenta en permitir dar lugar a procesos “donde el pensamiento, la emoción o el relato escrito u oral se constituyen en material a ser pensado, cuestionado, analizado en un movimiento de transformación que da lugar a la generación de nuevos aprendizajes” (Souto: 2016). Por ello es “transformadora”, ya que permite realizar transformaciones en tanto modifica acciones, pensamientos, actitudes y comportamientos.

La reflexión sobre la acción es tomar la propia acción como objeto de reflexión, ya sea para compararla con un modelo prescriptivo, a lo que habríamos podido o debido hacer de más, o a lo que otro practicante habría hecho, ya sea para explicarlo o hacer una crítica (Perreneud, 2010).

Al finalizar, a los estudiantes se les proporcionó una encuesta para conocer sus percepciones sobre el desarrollo de la asignatura, la metodología de evaluación, las dificultades que encontraron en ambas, las fortalezas que adquirieron y/o desarrollaron durante la cursada. Cabe mencionar la cantidad de estudiantes que atravesaron este proceso: fueron 4 (cuatro); de alguna manera, el proceso fue productivo y enriquecedor debido a esta cantidad, porque se pudo hacer un seguimiento mucho más cercano.

Conclusiones

Si algo ha demostrado esta crisis es la necesidad de estar capacitados para aprender y adaptarse a un entorno científico y laboral cada vez más cambiante e impredecible. Eso sin perder de vista que la relación pedagógica sigue siendo lo central, y los recursos tecnológicos son un medio, una herramienta. Lo que se planifique u organice de aquí en más debe considerarse temporal, preparatorio, complementario.

Como docentes, pensar en las herramientas tecnológicas cuando volvamos a la presencialidad puede ser no sólo muy útil sino necesario, porque permitiría ampliar nuestras aulas. Ahora bien, la nueva forma de educación es mucho más que una conferencia virtual por ZOOM: requiere de nuevas herramientas, técnicas y actividades; pero, sobre todo, requiere del compromiso real del docente por explorar y pensar nuevas alternativas para compartir, difundir y construir nueva información y conocimiento.

La tecnología es una herramienta valiosa en los modelos de enseñar y aprender. Esto quedó demostrado en el hecho de que, pese a tener los edificios educativos cerrados, la educación siguió funcionando. Pero el docente sigue cumpliendo su rol mediador, con una proximidad que se resignifica y le da sentido más amplio.

La pandemia aceleró el cambio de paradigma y nos muestra hoy una universidad más flexible, que sale de su zona de confort, dándole mayor protagonismo a sus verdaderos actores: estudiantes y docentes.

En nuestra experiencia, los resultados fueron positivos tanto para los estudiantes como para el equipo docente. Esto se vio reflejado en las evaluaciones y autoevaluaciones presentadas por cada estudiante al culminar el dictado de la materia. Estos resultados nos invitan a seguir trabajando, a realizar ajustes en base a las circunstancias y las características de los estudiantes y de la situación, independientemente de la pandemia. Entendiendo que la reflexión es un proceso inseparable de la formación docente y su práctica, el ejercicio reflexivo de los docentes sobre su práctica pedagógica contribuye a que estos realicen una revisión crítica sobre sus propias acciones.

Por último, si algo nos ha dejado la pandemia es la importancia de valorar al otro: todos somos el otro de alguien y nos necesitamos mutuamente. Como docentes, debemos continuar siendo ese otro para

nuestros estudiantes, el otro que está, que acompaña, que escucha, que entiende y tranquiliza. En cualquier plataforma y de cualquier manera, seguir estando pre-

sentes, seguir buscando convertir los elementos de conocimiento a transmitir en una realidad que interpele y movilice a cada uno de los estudiantes y al grupo.

BIBLIOGRAFÍA

Alsina Masmitjà, J. (2013) *Rúbrica para la evaluación de competencias*. Barcelona: Octaedro.

Anijovich, R. (2009) *Transitar la formación pedagógica: dispositivos y estrategias*. Ciudad de Buenos Aires.: Paidós.

Arceo, D. B., & Abreu Hernandez, L. (s.f.). La labor tutorial en los estudios de posgrado. Rúbricas para guiar su desempeño y evaluación. *Perfiles Educativos*. *Perfiles Educativos*, 32 (130).

Castellanos Galindo, S., & Yaya Escobar, R. (2013). La reflexión docente y la construcción de conocimiento: una experiencia desde la práctica. *Sinéctica, Revista Electrónica de Educación* n° 41

Díaz Barriga, F. (2006) *Enseñanza situada: Vínculo entre la escuela y la vida*. México: Mc. Graw Hill.

Fiorina, G. (2013). "¿Cómo elaborar una rúbrica?". Universidad Nacional de México.

Figueira, E. (2013). "La rúbrica como instrumento para la autoevaluación". *Revista de docencia Universitaria*, España.

Kolb, D. (2001) *Experiential Learning Theory Bibliography 1971-2001*. Boston: McBer and Co..

Malini, R., & Andrade, H. (2010) A review of rubric use in higher education. *Assessment & Evaluation in Higher Education*, 35.

Martínez Rojas, J. (2008) Las rúbricas en la evaluación escolar: su construcción y su uso. *Avances en Medición*, n° 6, pp. 129-138.

Moskal, B. &. (2000). Scoring rubric development: Validity and reliability. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 7(10). Disponible en: <http://pareonline.net/getvn.asp?v=7&n=10>.

Moskal, B. (2003). Recommendations for developing classroom performance assessments and scoring rubrics. *Practical Assessment, Research & Evaluation*. Disponible en: <http://pareonline.net/getvn.asp?v=8&n=14>.

Perreneud, P. (2008) "El trabajo sobre el hábitus en la formación de maestros. Análisis de las prácticas y toma de conciencia." En: *La formación profesional del maestro: estrategias y competencias*. México: FCE.

Perreneud, P. (2010). *Desarrollar la práctica reflexiva en el oficio de enseñar*. Barcelona: Ed. Grao.

Schon, D. (1992) *La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la formación y el aprendizaje en los profesionales*. Madrid: Paidós.

Shipman, D., Roa, M., & Hooten, J. (2012). Using the analytic rubric as an evaluation tool in nursing education: The positive and the negative. *Nurse Education Today*, 32(3):246-249.

Souto, M. (2016). *Pliegos de la formación*. Rosario: Homo Sapiens Ediciones.

Stevens, D., & Levi, A. (2005). Introduction to Rubrics. An Assessment Tool to Save Grading Time, Convey Effective Feedback and Promote Student Learning. Disponible en: <http://www.introductiontorubrics.com/>

Reflexiones

María José Herrguth

SUPERVISORA ENFERMERÍA, CENTRO DEL PARQUE

No es el sufrimiento en sí mismo el que hace madurar al hombre,
es el hombre el que da sentido al sufrimiento.

(VICTOR FRANKL)

Ayer una amiga me pidió un consejo para poder contener a un familiar que está cursando un muy triste momento de salud que, lamentablemente, no tendrá un final feliz. Fueron 40 minutos de idas y vueltas de mensajes y audios en Whatsapp, respondiendo dudas y aconsejando como ser humano, pero también desde mi humilde experiencia de enfermera.

Por la noche, cuando llegué a mi casa, repasé la conversación que había tenido y me sentí orgullosa de la profesional en que me convertí, orgullosa por poder ayudar a los demás y dar a conocer la Enfermería desde su valor, y con el respeto y el amor con que muchos la vivimos día a día.

Llevo ya muchos años en la profesión y está claro que tuve momentos de decepción y desmotivación, sobre todo porque muchas veces ese orgullo que queremos sentir creemos que depende de la mirada y el juicio de los otros. Y quien no haya creído esto (más allá de si está bien o mal) alguna vez, que tire la primera piedra.

Con el tiempo me di cuenta que ser profesionales depende pura y exclusivamente de nosotros, que amo mi trabajo y amo ser enfermera, que puedo tener siete horas de guardia para el olvido, sin tiempo hasta para ir al baño, pero que aún así amo mi profesión. Disfruto trabajando para que otros se recuperen o simplemente se sientan bien, durante este proceso de salud que les ha tocado atravesar, a veces con un final feliz y a veces no.

Disfruto convenciendo a Diego de tomar el desayuno y al mismo tiempo esquivando sus mordeduras (porque también a veces los pacientes muerden). Disfruto regalándole mi lapicera a Mabel (a pesar de ser un instrumento considerado oro en polvo para Enfermería), solo porque se quejaba desde hace una hora de que alguien se la había robado y por eso no quería ir al gimnasio a realizar su trabajo de rehabilitación. Disfruto cuando puedo colocar esa vía que nadie más pudo o cuando puedo aportar mi conocimiento a otros profesionales. Y agradezco el momento en

que puedo acompañar a ese paciente cuya última mirada será tal vez mis ojos en los suyos y poder acompañar a ese familiar que, en medio del dolor, agradece esa mirada.

Disfruto día a día saberme un pilar fundamental de mi organización, sentirme respetada, valorada y querida por mis jefes y colegas. Creo que no hay nada de malo en estar orgulloso de uno mismo y querer compartirlo.

Hoy vivimos momentos de grandes retos y dificultades para la Enfermería y para la salud toda, pero recordemos siempre que las dificultades forman parte del paisaje. En este proceso de aprendizaje único y personal que cada uno de nosotros vive como enfermero, es fundamental comprender que los lugares o los otros influyen, pero jamás nos definen. Son nuestros actos los que nos defi-

nen como profesionales, hablan por nosotros y se genera ese sentimiento de gratitud, admiración y respeto de tal modo que no existe motivación más grande para seguir adelante. La consigna es nunca rendirnos y lograr siempre nuestras metas.

Colegas: mirémonos al espejo y reconozcámonos como los enfermeros que somos, con nuestras virtudes y nuestros defectos. Extraigamos de cada uno nuestras mejores cualidades como profesionales y personas, y seamos capaces de disfrutar nuestra profesión. Ese es nuestro mejor sentido profesional. Como decía Víctor Frankl, “el que tiene un por qué para vivir, soporta casi cualquier cómo”.

Finalicemos este año levantando nuestras copas por cada profesional que durante esta pandemia puso su cuerpo, su alma y su amor en dar sentido a esta hermosa profesión de ser enfermeros.

¡Feliz Año, colegas!



LaboratoriosRIVERO

Rivero Junto a la enfermería especializada

MATERIALES BIOMEDICOS ORIGINALES RIVERO

Estériles, atóxicos, libres de pirógenos y látex natural

- Equipos para terapia parenteral
- Sondas de alimentación enteral
- Sondas de drenaje torácico
- Productos quirúrgicos especiales
- Bolsas colectoras de orina
- Equipo para medir presión venosa central

 **LaboratoriosRIVERO**

Avenida Boyacá 419 - C1406BHG - CABA

Director Técnico: Dr. Pedro Luis Rivero

Bioquímico y Farmacéutico

Tel.: 4633.8666 Líneas Rotativas | Fax 4631.5634 4633.4754

www.rivero.com.ar | [www.Facebook.com/LaboratoriosRivero](https://www.facebook.com/LaboratoriosRivero)

lab@rivero.com.ar | depcient@rivero.com.ar

Consultas - sugerencias 0800.222.7291

PLANTA MODELO JUNIN

Habilitada por ANMAT Legajo N° 0022

**Investigación, desarrollo y producción de
Materiales Biomédicos Originales Rivero**

Autorizados por ANMAT PM 0022